

## Editorial

**Renzo Carli\***

Here we are: the medicalization (pretended and at the same time improper) of psychology, and therefore of psychoanalysis, involves the systematic repetition of a traditional “error” based on common sense. I have proposed to call it “error of experience” (Carli, 2019): it defines emotions as a consequence of facts, of events that are declined in the “reality” of things that happen in the context.

With the Covid-19 pandemic, the error of experience occurs everywhere.

An example?

In addition to the concrete risk to physical health, COVID-19 has also had repercussions of another nature: the adaptation of family organization, the closure of schools, public places, places of work and worship, changes in working methods, and social isolation. These are all aspects that *can induce feelings of helplessness and resignation*, a high sense of precariousness at an economic level, with related large-scale social consequences.

For these reasons, the COVID-19 pandemic has represented and represents a very strong psychological stressor.

Fear of getting sick and uncertainty about the future can make individuals fall into states of anxiety, depression, and stress-related disorders (Neuroscience Lab, 2020)<sup>1</sup>.

The “social” events resulting from the pandemic (closure of schools and public places or places of work and worship, changes in the adaptive forms of family or work, social isolation) induce emotions of helplessness and resignation, a feeling of precariousness “at an economic level” and many other things. Fear of getting sick and uncertainty about the future make individuals “fall” into anxiety, depression, and stress-related disorders. This is just one example among the many “psychological” contributions that underline how the pandemic, along with the changes of context consequent to the defense against contagion, with the “facts” caused by government decisions or coexistence groups, cause anxiety, depression, and stress-related disorders. It seems like a kind of litany repeated over and over again, a litany considered – deceptively, moreover – as an unrepeatable opportunity to employ psychologists, a professional category that is described as anxious to “cure anxiety, depression, and related disorders”.

---

\* Past Full Professor of Clinical Psychology at the Faculty of Psychology 1 of “Sapienza” University of Rome, Member of the Italian Psychoanalytic Society and the International Psychoanalytical Association, Director of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology) and *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica* (Cahiers of the Journal of Clinical Psychology), Director of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy - Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand. E-mail: renzo.carli@uniroma1.it

<sup>1</sup> Translation and italics by the Author.

The quote is taken from a contribution by Neuroscience-Lab entitled: “The Covid-19 pandemic: the impact on socio-emotional well-being in a neuroscientific perspective” of June 2020, published in: *La Repubblica* of 20 November 2020. Neuroscience-Lab is a facility belonging to Intesa San Paolo Innovation Center and IMT School for Advanced Studies, Lucca. We invite you to read the cited report: a striking example of epistemological confusion and improper interference of “neuroscience” in the scientific area of psychology. An example? Consider the following statement, present in the Report: “Therefore, not only the real presence/absence of other people is able to modulate the activity of HPA [activity of the hypothalamus-pituitary-adrenal axis], but it also depends on the subjective interpretation and psychological elaboration by the brain of this situation” (p. 18). The author of the Report doubts that “real facts” are not enough to evoke emotions; the importance of subjectivity is grasped, but the latter is attributed to the brain! The brain, therefore, and not the mind, can “interpret subjectively” and “elaborate psychologically”. The attempt to “scientifically” swamp psychology with useless anatomical-physiological interference of the central nervous system, leads to unforgivable misconduct such as the one just mentioned. “Scientificity” that blatantly falls, when it is stated that the individual “falls” into anxiety, depression. An awful mixture of anatomical and physiological references as well as metaphors taken uncritically from common sense: not infrequent in those who pose as frequent visitors to neuroscience.

Carli, R. (2020). Editoriale [Editorial]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 15(2), 1-4. doi:10.14645/RPC.2020.2.836

It is not recognized that the causal, direct relationship between contextual “facts” and the individual’s emotions does not take into account the experiences, introspection as it was called by the Gestaltists, subjectivity and therefore the collusive phenomenology based on the emotional symbolization of the context.

The “facts”, the closure of schools, etc., are treated in the same way as the Sars-Cov-2 virus, the agent of Covid-19. If the virus comes into contact with the individual, if it can circulate and reproduce in the individual’s cells, it infects it and causes pathologies that can take on the severity of bilateral pneumonia, respiratory failure with the risk of suffocation. If schools, public places, and workplaces are closed, if social isolation is required to prevent the spread of the infection, all this causes anxiety, depression, helplessness, a sense of precariousness. The action of the virus, on the other hand, can be different depending on the individual variability, age, state of health or disease of individuals, sex, previous pathologies, and many other factors which, from time to time, the doctor can ascertain and consider. Not so for the emotions that, in the error of experience, seem “needed” and invariant for individual people, a sort of sword of Damocles that threatens everyone, without distinction.

It is interesting to note that anxiety, depression, panic attacks, chronic stress conditions, insomnia, unmotivated fears, obsessive ideas, somatic symptoms of psychological origin, are part of the psychopathological series called “Common emotional disorders” (DEC), with an uncertain etiology. They are frequent responses, one could say, to the experience of intolerance, of intolerability towards the difficulties of existence; responses that vary from person to person and from culture to culture, according to the emotional symbolizations through which single people, or collusive systems, emotionally process the events of the context. Depending on the individual mind and the collusive symbolic processes that establish cultures, not on the “brain”.

Subjectivity, founding the collusive emotional symbolizations, is at the basis of the symptomatology in question, in its vast variety. Making anxiety or depression a direct consequence of contextual facts, configuring them as “psychopathologies” resulting from specific problematic events, all this means “medicalizing” in an improper, incorrect way, a phenomenology that – based on subjectivity – is configured as a psychological dynamic. The psychologist can intervene in the context of DEC, only if they support their symbolic-affective origin and consider their subjective connotation. If, on the other hand, it is argued that the facts cause the disorders we are talking about, one inevitably hands over – once again – the problem in question to psychiatry. That psychiatry authorized to treat psychopharmacologically. We remind you that anxiolytics and antidepressants are among the most popular drugs in pharmacies.

Denying subjectivity, ignoring the affective dynamics as a generator of the experiences underlying the request for help, all this has a very high cost for psychologists.

Returning to the Sars-Cov-2 pandemic, in this issue of the Journal, the reader will find the report of a research that SPS Studio di Psicosociologia carried out during the first phase of Covid-19: from early March to early May 2020. Collusive experiences towards the pandemic – as they emerge from the research – are complex and diversified, interesting in giving meaning to the different ways of reacting to the restrictions induced by the pandemic, of responding to changes in the social, political, and economic context. A much more varied reality than the simplistic relationship: “pandemic = anxiety and depression”; a trivial simplification that, unfortunately, some psychologists, following the position taken by the National Order of Psychologists, and some research agencies seem to want to support.

## References

- Carli, R. (2019). Vissuti e fatti: Scientificità e scientismo in psicologia clinica [Experience and Facts: Scientificity and Scientism in Clinical Psychology]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 28-60. doi:10.14645/RPC.2019.1.756
- Neuroscience Lab (2020). *Pandemia da COVID-19: L’impatto sul benessere socio-emotivo in una prospettiva neuroscientifica* [The impact on socio-emotional well-being from a neuroscientific perspective]. Retrieved from <https://group.intesasanpaolo.com/it/sezione-editoriale/eventi-progetti/tutti-i-progetti/innovazione/2020/11/salute-emotiva-e-pandemia>

## Editoriale

**Renzo Carli\***

Siamo alle solite: la medicalizzazione (pretesa e al contempo impropria) della psicologia, quindi della psicoanalisi, comporta la sistematica ripetizione di un tradizionale “errore” fondato sul senso comune. Quell’errore che ho proposto di chiamare “errore d’esperienza” (Carli, 2019) e che vuole le emozioni quali conseguenza di fatti, di eventi che si declinano nella “realtà” delle cose che succedono nel contesto.

Con la pandemia da Covid-19, l’errore d’esperienza si spreca.

Un esempio?

Oltre al concreto rischio per la salute fisica, il COVID-19 ha comportato anche delle ripercussioni di altra natura: l’adattamento dell’organizzazione familiare, la chiusura di scuole, luoghi pubblici, di lavoro e di culto, i cambiamenti nelle modalità lavorative, e l’isolamento sociale. Tutti aspetti, questi, che *possono indurre sentimenti di impotenza e rassegnazione*<sup>1</sup>, un elevato senso di precarietà a livello economico, con relative conseguenze sociali su larga scala.

Per questi motivi la pandemia da COVID-19 ha rappresentato e rappresenta un fortissimo stressor psicologico. La paura di ammalarsi e l’incertezza sul futuro possono far piombare gli individui in stati di ansia, depressione e disturbi stress-correlati (Neuroscience Lab, 2020)<sup>2</sup>.

Gli eventi “sociali” conseguenti alla pandemia (chiusura delle scuole e dei luoghi pubblici o di lavoro e di culto, i cambiamenti nelle forme adattive della famiglia o del lavoro, l’isolamento sociale) comportano emozioni di impotenza e di rassegnazione, un sentimento di precarietà “a livello economico” e molte altre cose ancora. La paura d’ammalarsi e l’incertezza sul futuro fanno “piombare” gli individui in ansia, depressione e disturbi stress-correlati.

Questo è solo un esempio tra i molti contributi “psicologici” che sottolineano come la pandemia, con i cambiamenti di contesto conseguenti alla difesa dal contagio, con i “fatti” provocati dalle decisioni governative o dei gruppi di convivenza, provoca ansia, depressione e disturbi stress-correlati. Sembra una sorta di litania ripetuta all’infinito, una litania considerata – illusoriamente, peraltro – quale occasione irripetibile per dare lavoro agli psicologi, una categoria professionale che viene descritta come ansiosa di “curare ansia, depressione e disturbi connessi”.

---

\* Già Professore Ordinario di Psicologia Clinica presso la Facoltà di Psicologia I dell’Università di Roma “Sapienza”, Membro della Società Psicoanalitica Italiana e dell’International Psychoanalytical Association, Direttore di Rivista di Psicologia Clinica e di Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, Direttore del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica - Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. E-mail: renzo.carli@uniroma1.it

<sup>1</sup> Il corsivo è mio.

<sup>2</sup> La citazione è tratta da un contributo di Neuroscienze-Lab dal titolo: “La pandemia da Covid-19: l’impatto sul benessere socio-emotivo in una prospettiva neuroscientifica” del giugno 2020, pubblicato su: La Repubblica del 20 novembre 2020. Neuroscienze-Lab è una struttura appartenente a Intesa San Paolo Innovation Center e a IMT School for advanced studies, Lucca. Invitiamo il lettore a leggere il Report citato: un esempio lampante di confusione epistemologica e di ingerenza impropria delle “neuroscienze” nell’area scientifica della psicologia. Un esempio? Si consideri la seguente affermazione, presente nel Report: “Dunque, non solo la presenza/assenza “reale” di altre persone è in grado di modulare l’attività dell’HPA [attività dell’asse ipotalamo-ipofisi-surrene], ma molto dipende anche dall’interpretazione soggettiva e dall’elaborazione psicologica da parte del cervello di tale situazione” (p. 18). All’estensore del Report viene il dubbio che non bastino i “fatti reali” per evocare emozioni; si coglie l’importanza della soggettività, ma quest’ultima viene attribuita al cervello! Il cervello, dunque, e non la mente, può “interpretare soggettivamente” ed “elaborare psicologicamente”. Il tentativo di paludare “scientificamente” la psicologia con inutili ingerenze anatomo-fisiologiche del sistema nervoso centrale, porta a imperdonabili scorrettezze come quella ora citata. “Scientificità” che cade platealmente, quando si afferma che l’individuo “piomba” nell’ansia, nella depressione. Una mistura terribile di citazioni anatomiche, fisiologiche e di metafore prese acriticamente dal senso comune: non infrequente in chi si atteggia a frequentatore delle neuroscienze.

Non ci si accorge che la relazione causale, diretta, tra “fatti” contestuali ed emozioni dell’individuo non tiene conto dei vissuti, dell’introspezione come era chiamata dai gestaltisti, della soggettività e quindi della fenomenologia collusiva fondata sulla simbolizzazione emozionale del contesto.

I “fatti”, la chiusura delle scuole, ecc., sono trattati alla stregua del virus Sars-Cov-2, l’agente del Covid-19. Se il virus entra in contatto con l’individuo, se può circolare e riprodursi nelle cellule dell’individuo, lo infetta e provoca patologie che possono assumere la gravità della polmonite bilaterale, dell’insufficienza respiratoria con il rischio di soffocamento. Se si chiudono le scuole, i luoghi pubblici e di lavoro, se per prevenire la diffusione del contagio si richiede l’isolamento sociale, tutto questo provoca ansia, depressione, impotenza, senso di precarietà. L’azione del virus, d’altro canto, può essere diversa in funzione della variabilità individuale, dell’età, dello stato di salute o malattia dei singoli individui, del sesso, delle patologie pregresse e di molti altri fattori che, di volta in volta, il medico può accertare e considerare. Non così per le emozioni che, nell’errore d’esperienza, sembrano “necessitate” e invariante per le singole persone, una sorta di spada di Damocle che minaccia tutti, indistintamente.

Interessante osservare che ansia, depressione, attacchi di panico, condizioni di stress cronico, insonnia, paure immotivate, idee ossessive, sintomatologie somatiche di origine psicologica, fanno parte di quella casistica psicopatologica denominata “Disturbi emotivi comuni” (DEC), dall’eziologia incerta. Sono risposte frequenti, si potrebbe dire, al vissuto di insofferenza, di insopportabilità nei confronti delle difficoltà dell’esistenza; risposte che variano da persona a persona e da cultura a cultura, in funzione delle simbolizzazioni emozionali tramite le quali singole persone, o sistemi collusivi, elaborano emozionalmente gli eventi del contesto. In funzione della mente individuale e dei processi simbolici collusivi che fondano le culture, non del “cervello”. La soggettività, fondante le simbolizzazioni emozionali collusive, sta alla base della sintomatologia in esame, nella sua vastissima variegatura. Fare dell’ansia o della depressione una diretta conseguenza dei fatti contestuali, configurarle quali “psicopatologie” conseguenti a specifici eventi problematici, tutto ciò significa “medicalizzare” in modo improprio, scorretto, una fenomenologia che – fondata sulla soggettività – si configura quale dinamica psicologica. Lo psicologo può intervenire nell’ambito dei DEC, solo se ne sostiene l’origine simbolico-affettiva e ne considera la connotazione soggettiva. Se, di contro, si sostiene che i fatti provocano i disturbi dei quali stiamo parlando, si consegna inevitabilmente – ancora una volta – la problematica in questione alla psichiatria. Quella psichiatria abilitata a curare psicofarmacologicamente. Ricordiamo che ansiolitici e antidepressivi sono tra i farmaci più richiesti, nelle farmacie.

Negare la soggettività, ignorare la dinamica affettiva quale generatore dei vissuti che stanno alla base della domanda d’aiuto, tutto questo ha un costo elevatissimo per gli psicologi.

Tornando alla pandemia da Sars-Cov-2, il lettore troverà in questo numero della Rivista il rapporto di una ricerca che lo Studio di Psicosociologia ha effettuato durante la prima fase del Covid-19: dai primi di marzo ai primi di maggio 2020. I vissuti collusivi nei confronti della pandemia – quali emergono dalla ricerca – sono complessi e diversificati, interessanti nel dare senso ai differenti modi di reagire alle restrizioni indotte dalla pandemia, di rispondere ai mutamenti del contesto sociale, politico ed economico. Una realtà ben più variegata della semplicistica relazione: “pandemia = ansia e depressione”; una banale semplificazione che, purtroppo, alcuni psicologi, seguendo la posizione assunta dall’Ordine Nazionale degli Psicologi, e qualche agenzia di ricerca sembrano voler sostenere.

### *Bibliografia*

Carli, R. (2019). Vissuti e fatti: Scientificità e scientismo in psicologia clinica [Experience and Facts: Scientificity and Scientism in Clinical Psychology]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 28-60. doi:10.14645/RPC.2019.1.756

Neuroscience Lab (2020). *Pandemia da COVID-19: L’impatto sul benessere socio-emotivo in una prospettiva neuroscientifica* [The impact on socio-emotional well-being from a neuroscientific perspective]. Retrieved from <https://group.intesasanpaolo.com/it/sezione-editoriale/eventi-progetti/tutti-i-progetti/innovazione/2020/11/salute-emotiva-e-pandemia>

## **The setting and the interpretation in psychoanalysis as a clinical practice**

***Renzo Carli\****

### *Abstract*

The work proposes a critical vision of the psychoanalytic setting, understood as a working condition useful for assimilating psychoanalytic practice to medical practice. When it is “imposed” by psychoanalyst, the setting involves the acceptance of the drive theory and the reduction of psychoanalytic practice to a “cure for psychogenic neuroses”. Alternatively, it is proposed the analysis of the demand based on the semeiotic model of the mind, on the polysemy of the unconscious system. Finally, the practice of interpretative action is described, as a model of psychoanalytic intervention within complex contexts, where the psychoanalyst is confronted with the construction of a client who is not necessarily “given”.

*Keywords:* psychoanalytic setting; psychoanalytic interpretation; power; client; affective symbolization.

---

\* Past Full Professor of Clinical Psychology at the Faculty of Psychology 1 of “Sapienza” University of Rome, Member of the Italian Psychoanalytic Society and the International Psychoanalytical Association, Director of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology) and *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica* (Cahiers of the Journal of Clinical Psychology), Director of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy-Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand. E-mail: renzo.carli@uniroma1.it

Carli, R. (2020). Il setting e l'interpretazione nella psicoanalisi come pratica clinica [The setting and the interpretation in psychoanalysis as a clinical practice]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 15(2), 5-27. doi:10.14645/RPC.2020.2.817

## **Il setting e l'interpretazione nella psicoanalisi come pratica clinica**

***Renzo Carli\****

### *Abstract*

Nel lavoro viene proposta una visione critica del setting in psicoanalisi, se inteso quale condizione di lavoro utile ad assimilare la prassi psicoanalitica a quella medica. Il setting, quando è “imposto” dallo psicoanalista, comporta l'accettazione della teoria pulsionale e la riduzione della prassi psicoanalitica a “cura delle nevrosi psicogene”. Viene proposta, in alternativa, l'analisi della domanda fondata sul modello semeiotico della mente, sulla polisemia del sistema inconscio. Viene infine descritta la prassi dell'azione interpretativa, quale modello di intervento psicoanalitico entro contesti complessi, ove lo psicoanalista si trova confrontato con la costruzione di una committenza che non è scontatamente “data”.

*Parole chiave:* setting psicoanalitico; interpretazione psicoanalitica; potere; committenza; simbolizzazione affettiva.

---

\* Già Professore Ordinario di Psicologia Clinica presso la Facoltà di Psicologia 1 dell'Università di Roma “Sapienza”, Membro della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association, Direttore di Rivista di Psicologia Clinica e di Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, Direttore del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica - Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. E-mail: [renzo.carli@uniroma1.it](mailto:renzo.carli@uniroma1.it)

Carli, R. (2020). Il setting e l'interpretazione nella psicoanalisi come pratica clinica [The setting and the interpretation in psychoanalysis as a clinical practice]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 15(2), 5-27. doi:10.14645/RPC.2020.2.817

## ***Premessa***

Con questo lavoro intendo proporre una riconsiderazione del modo usuale di rappresentare la psicoanalisi; una psicoanalisi che può essere classicamente intesa quale cura delle nevrosi, ma che penso utile considerare, in alternativa, quale modalità d'intervento per lo sviluppo di persone, gruppi sociali, culture e organizzazioni.

Cura e sviluppo sono, a mio modo di vedere, le due grandi direttrici del lavoro psicoanalitico. Due modi di rappresentare, metodologicamente e tecnicamente, l'operato dello psicoanalista. Cercherò di analizzare i motivi di una contrapposizione che implica conseguenze di grande rilievo per la professione di psicoanalista. La principale preoccupazione di molti psicoanalisti appartenenti all'International Psychoanalytical Association<sup>1</sup>, quale si evince dai numerosissimi documenti pubblicati in varie occasioni e in particolare dai documenti programmatici presentati dai candidati alle elezioni dei vertici societari, internazionali e dei singoli paesi – segnatamente dell'Italia – sembra essere quella di preservare il mantenimento e il consolidamento della specificità della nostra competenza e degli aspetti sostanziali della nostra identità psicoanalitica (Rossi, 2020). Invito a riflettere sulla questione del preservare l'identità psicoanalitica: un problema che non sembra rappresentare la preoccupazione più rilevante per molte professioni; è difficile ipotizzare che un tema di rilievo per professionisti quali i medici, gli ingegneri, gli architetti, i farmacisti, gli insegnanti, gli archeologi o i biologi sia quello volto a mantenere la propria identità. Il tema dell'identità si pone urgentemente, ce lo suggerisce la teoria sociologica sull'argomento, qualora l'identità stessa sia minacciata da dimensioni del contesto, simbolizzate come nemiche. Quali possono essere i “nemici” che attentano all'identità dello psicoanalista? Una risposta a questo interrogativo può rivestire un grande interesse, se si intendono cogliere i problemi che attraversano la professione psicoanalitica, nel nostro tempo.

## ***Psicoanalisi quale cura delle nevrosi***

Lungo tutta la sua opera, Sigmund Freud fonda la psicoanalisi quale cura delle nevrosi. Certamente il suo contributo teorico alla comprensione della vita mentale esula, spesso, dalla ricerca e dalla pratica della cura – basti pensare alle sue opere “sociali” o al suo contributo allo sviluppo di una teoria antropologica circa i modelli culturali del genere umano – ma la preoccupazione fondamentale dello scopritore della psicoanalisi rimane, sistematicamente, quella di fare ricerca sulla dinamica psichica a partire dai dati rilevati nell'ambito dell'unica sua pratica professionale, la cura dei nevrotici.

Vediamo come è definita la nevrosi, nel volume di Laplanche e Pontalis (1967/2000):

Affezione psicogena i cui sintomi sono l'espressione simbolica di un conflitto psichico, che ha le sue radici nella storia infantile del soggetto e costituisce un compromesso tra il desiderio e la difesa.

L'estensione del termine di nevrosi è variata nel tempo; ai nostri giorni si tende a riservarlo, quando è usato da solo, alle forme cliniche che possono essere attribuite alla nevrosi ossessiva, all'isteria e alla nevrosi fobica. La nosografia distingue tra nevrosi, psicosi, perversioni, affezioni psicosomatiche, mentre rimane discusso lo status nosografico delle cosiddette “nevrosi attuali”, “nevrosi traumatiche” e “nevrosi del carattere” (p. 333).

È importante sottolineare il termine “affezione psicogena”, volto ad indicare la scoperta su cui Freud fonda la quasi totalità del suo costrutto teorico e pragmatico: l'esistenza di disturbi psichici l'origine dei quali sia riconducibile a processi mentali di natura simbolica, fondati su un conflitto tra esigenze pulsionali e difese nei loro confronti; conflitti che affondano le loro radici nella vita infantile del soggetto nevrotico.

La nevrosi quale affezione psicogena, in altri termini, può essere curata tramite la psicoanalisi. Quella psicoanalisi capace di trasformare l'equazione eziologica di Breuer-Freud (1892-1895/2003) (il sintomo prende il posto del ricordo) – come è stata enunciata nella “Comunicazione preliminare” – nell'equazione terapeutica (il ricordo prende il posto del sintomo).

La cura delle nevrosi apre al grande tema del “cambiamento” in psicoanalisi, a quali siano i modelli tramite i quali si descrive e si analizza il cambiamento indotto dall'intervento psicoanalitico entro il malato nevrotico; quel cambiamento che sostanzierà la cura delle nevrosi.

Widlocher (1970) propone di suddividere l'evoluzione del problema concernente il cambiamento, nell'opera di Freud, in tre fasi; il modello iniziale considera la trasformazione dal sintomo alla rappresentazione, e fonda

---

<sup>1</sup> Anche chi scrive appartiene alla Società Psicoanalitica Italiana (SPI) dai primi anni Ottanta e all'IPA (International Psychoanalytical Association), la società internazionale degli psicoanalisti fondata da Sigmund Freud.

l'equazione fondamentale di Breuer-Freud, come è stata enunciata – lo ripeto – nella “Comunicazione preliminare”; un secondo modello pone l'accento sullo spostamento dell'investimento libidico, introducendo la nozione di fantasma inconscio, e sottolinea l'importanza del vertice economico; un terzo modello considera l'organizzazione tripartita dell'apparato psichico e correla il cambiamento con una modificazione strutturale della personalità.

Nonostante le trasformazioni apportate e la complessità crescente delle successive formulazioni teoriche, la nozione di cambiamento rimane sostanzialmente ancorata, nel pensiero di Freud, ai termini proposti *ab initio* con l'equazione fondamentale: essa è l'operazione elementare delle trasformazioni, quella che costituisce l'unità del cambiamento, l'oggetto della ricerca clinica. Si fonda su una sostituzione di rappresentazioni: “a quella che è mantenuta rimossa, corrisponde nel sistema preconsciouso-cosciente una rappresentazione che può dar origine ad un comportamento o ad un affetto il cui senso non si può comprendere che in riferimento alla rappresentazione rimossa” (Widlocher, 1970, p. 191, traduzione propria).

L'equazione fondamentale conferisce una “dignità medica” alla cura psicoanalitica, in quanto fonda la cura stessa su una diagnosi eziologica della patologia che si affronta con la psicoanalisi; la teoria psicoanalitica è in grado di spiegare le cause della nevrosi e di praticare una terapia coerente con il superamento delle cause stesse. Eziopatogenesi delle nevrosi e cura delle nevrosi si propongono come un “tutto” coerente, con modalità assimilabili alla cura medica; quella pratica medica ove la diagnosi eziopatogenetica, l'individuazione delle cause (ad esempio, lo pneumococco o *Streptococcus pneumoniae* quale batterio responsabile della polmonite negli adulti, detta anche polmonite pneumococcica), consente di agire terapeuticamente con l'antibiotico mirato per quello specifico batterio.

Il fatto che la cura psicoanalitica si proponga come “eziopatogenetica”, in modo del tutto assimilabile alla terapia medica, è un dato importante per capire quanto Freud sia affezionato all'equazione fondamentale, un vero e proprio punto fermo dell'esperienza psicoanalitica.

La situazione “fisiologica” è costituita dalla dimenticanza, operata in base all'abreazione, all'integrazione progressiva del ricordo in un più vasto insieme di associazioni di pensiero, alla cancellazione naturale dei ricordi. Il sintomo, considerato come rappresentante di un ricordo che non ha subito il normale processo di usura, definisce anche l'operazione di mutazione perseguibile con la prassi, volta a far sì che il ricordo prenda il posto del sintomo.

In questa fase del pensiero freudiano, lo ripeto, si può riscontrare una coerenza evidente tra teoria del cambiamento e teoria dell'intervento. Il ristabilirsi di un senso comporta un'abreazione dell'affetto, un'integrazione della rappresentazione in un più vasto insieme che determina, ed è importante sottolinearlo, una modificazione strutturale della mente; modificazione grazie alla quale la rimemorizzazione non ha soltanto un valore conoscitivo ma, soprattutto, di trasformazione dell'apparato psichico.

Ciò che interessa sottolineare, per quanto concerne l'eziologia e la terapia delle nevrosi, è la funzione centrale della teoria pulsionale.

Vedremo più avanti le fondamentali implicazioni della teoria pulsionale e della sua centralità nella genesi e nella cura delle nevrosi; una centralità che struttura una relazione biunivoca con la definizione stessa della prassi psicoanalitica, quale cura delle nevrosi. Se la psicoanalisi, quale prassi, si allontana dalla cura delle nevrosi rischia di perdere i suoi connotati medici rassicuranti, tali da iscrivere a pieno titolo la psicoanalisi stessa entro l'area pragmatica della medicina.

Questo vincolo non concerne la teoria psicoanalitica, evidentemente, ove già nelle opere di Freud si vuole spaziare in ambiti interpretativi della cultura e dei fondamenti del sistema sociale, dalla religione allo stato, dalle nazioni all'istituirsi delle leggi e dell'ordine sociale. Il vincolo, d'altro canto, si poneva sin dalle origini della psicoanalisi quale professione – e si pone anche ai nostri giorni – quale confine definitorio della pratica psicoanalitica. Ci si può porre, dunque, il ragionevole interrogativo circa il senso attuale del definire la pratica psicoanalitica quale cura delle nevrosi; quelle nevrosi che ipotizzano, per la loro eziologia, la teoria pulsionale quale condizione irrinunciabile.

È proprio vero che lo psicoanalista, oggi, lavora esclusivamente per la cura – restando alla definizione di Laplanche e Pontalis prima riportata – delle nevrosi ossessive e delle nevrosi fobiche, alle quali è riconducibile anche la psicopatologia isterica?

Possiamo affermare sin d'ora che la domanda rivolta allo psicoanalista nel suo studio privato, o la fenomenologia della quale lo psicoanalista si occupa nel suo lavoro istituzionale – entro i Centri di Salute Mentale, entro i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, entro i Centri Diurni, le Comunità Terapeutiche o Riabilitative, nella scuola o nell'assistenza domiciliare alle famiglie, nei Centri Antiviolenza nei confronti delle donne, nella miriade di servizi che il nostro sistema sociale prevede e dove operano anche gli psicoanalisti – non ha nulla a che vedere con la cura delle nevrosi.



Già, ma allora perché l'istituzione psicoanalitica si muove come se la psicoanalisi sia, ancora e sempre, "cura delle nevrosi", come se l'equazione fondamentale di Breuer-Freud possa ancora fondare la pratica psicoanalitica, come se la teoria pulsionale – che ancora a se stessa la credibilità dell'equazione fondamentale – sia, per molti psicoanalisti, indiscutibilmente valida?

Credo che una risposta a questo interrogativo vada cercata entro i due pilastri sui quali si fonda la pratica psicoanalitica: il setting e l'interpretazione.

Ricordando, peraltro, che difesa della psicoanalisi quale cura delle nevrosi e identità della psicoanalisi – alla quale ho fatto cenno in precedenza – tendono a coincidere. Si può sin d'ora comprendere, *sic stantibus rebus*, perché sia così importante, per l'istituzione psicoanalitica, il tema dell'identità. Come si vedeva, l'identità di una struttura sociale viene messa in discussione da "nemici" interni o esterni alla struttura stessa. È l'esistenza del "nemico" che allarma circa il tema dell'identità. Un'identità che, se riferita ad un'organizzazione sociale, tende a confondersi con l'illusione di continuare ad essere identica a sé stessa, nell'illusione di opporsi ad ogni possibile cambiamento. Se l'identità dell'istituzione psicoanalitica si fonda sull'assunto che l'unica espressione della pratica psicoanalitica è la cura delle nevrosi, così come postulata nelle sue linee fondamentali in Studi sull'isteria (Breuer & Freud, 1982-1895/2003), allora si può comprendere come – esplicitamente o implicitamente – ci si senta minacciati nella propria identità e si chieda – ad esempio a chi intende assumere cariche dirigenziali nelle società psicoanalitiche – una sorta di giuramento di fedeltà agli assunti della psicoanalisi ai quali si ritiene pericoloso rinunciare. Assunti che trovano modo di estrinsecarsi, di manifestarsi entro i due pilastri che reggono – come s'è detto – la pratica psicoanalitica: setting e interpretazione.

Obiettivo di questo lavoro è quello di evidenziare le contraddizioni, le differenze e le ambiguità con le quali, entro le diverse concezioni della psicoanalisi, ci si confronta con i due "atti psicoanalitici" dell'istituzione del setting e dell'interpretare.

Vale la pena ricordare che, nell'ambito della teorizzazione psicoanalitica, dalle opere di Freud in avanti, si sono succedute molteplici proposte teoriche, proponendo diversità e contraddittorietà nei modelli, negli assunti di base, nel senso attribuito agli elementi centrali della teorizzazione. Basti pensare alle diverse ipotesi circa la funzione e il ruolo dell'ansia, nei vari momenti della ricerca freudiana, o al mutare della stessa teoria pulsionale con la controversa comparsa dell'istinto di morte. Alla molteplicità delle variazioni teoriche, d'altro canto, non è corrisposta una variazione altrettanto numerosa dei fondamenti pragmatici. Ritengo che la teoria psicoanalitica proposta da Freud, e successivamente elaborata dal movimento psicoanalitico, abbia avuto due grandi aree di sviluppo: l'area improntata alla teoria pulsionale, nelle sue innumerevoli varianti che, comunque, fondano il loro intento nell'individuare la genesi dei disturbi psichici – sia pur variamente denominati – e il loro fondamento nelle vicende infantili del "malato"; l'area che ho denominata "semeiotica", volta a sviluppare i modelli mentali inconsci quale processo di simbolizzazione emozionale, atti a costruire i vissuti dei singoli, ma soprattutto i vissuti collusivi che caratterizzano le relazioni tra persone, le organizzazioni sociali, i gruppi familiari, le culture nella loro accezione più ampia. Ritengo che queste due aree di sviluppo non riguardino solo la componente teorica della psicoanalisi ma, soprattutto, la pratica psicoanalitica: l'ambito pragmatico entro il quale la funzione psicoanalitica può sollecitare una domanda e avere un senso nell'elaborare la domanda stessa; l'ambito concernente gli obiettivi perseguiti con la pratica psicoanalitica, i modi concreti con i quali si "fa psicoanalisi", quindi il setting e l'interpretazione.

## ***Il setting***

In accordo con la gran parte degli autori di psicoanalisi, è possibile definire il setting come quell'insieme di condizioni "reali" che rendono possibile il lavoro interpretativo psicoanalitico.

Come vedremo, si tratta di una definizione riduttiva, in quanto non tiene conto della dinamica relazionale tramite la quale si arriva a stabilire le condizioni del lavoro psicoanalitico. Questa omissione, d'altro canto, si propone come strettamente connessa alla storia della professione psicoanalitica, alla tendenza degli psicoanalisti – o degli storici della psicoanalisi – a considerare il setting come qualcosa di "dato", trascurando la fase istituyente del setting e la dinamica di potere che tale fase istituyente comporta.

Riporto le considerazioni iniziali sull'argomento, espresse in un volume che ritengo fondamentale, ancora oggi, per un approfondimento del tema in questione:

A un primo sguardo, dunque, sembra di poter definire il setting esclusivamente in riferimento al patto concreto stipulato da paziente e analista. Il setting non sarebbe che l'insieme delle condizioni contrattuali chiaramente concordate, che saranno rispettate per tutta la durata dell'analisi. Il termine, tuttavia, non si riferisce in modo

specifico all'aspetto contrattuale, ma piuttosto alle condizioni *fattuali*<sup>2</sup> della situazione terapeutica (gli orari, la durata delle sedute, il denaro, la posizione sul lettino, e così via). Queste condizioni dovrebbero, in quanto elementi della situazione analitica "ideale", essere perfettamente uniformi per tutta la durata del trattamento. Noi sappiamo però che le cose non sono mai così semplici. Di fatto l'uniformità del setting, sia da un caso a un altro, sia lungo una singola analisi, è più un'aspirazione che una realtà, o almeno non è una realtà talmente scontata e invariabile da potersene, per così dire, dimenticare. D'altra parte, nella misura in cui si cerca di analizzare ogni singola deviazione dal setting prestabilito, si fa di esso una sorta di *regola*<sup>3</sup> analitica. La maggior parte degli autori la ritiene indispensabile per permettere il fluire delle libere associazioni da parte del paziente. C'è qui una contraddizione: da un lato ci si propone di lasciare al paziente la massima libertà per favorire i suoi giochi associativi, dall'altro lo si confina in un ambito rigidamente prestabilito e si interpreta (fondamentalmente come qualcosa di deviante) ogni deviazione che egli tenta di introdurre. Eppure, a dispetto di questa contraddizione, l'analista sa che un setting chiaro e stabile gli è necessario. Non è possibile, però, che tale necessità nasca solo dalla comodità o da ragioni di ordine pratico. Visto solo come l'insieme di condizioni contrattuali, il setting non rivela tutta la sua importanza nel processo analitico. Esso è anche un fondamentale quadro di riferimento sul piano cognitivo. Se l'analista vede fallire i suoi sforzi di interpretare l'"*agire*"<sup>4</sup> del paziente su elementi del setting, non gli resta altra scelta che interrompere l'analisi, proprio perché l'attività cognitiva che caratterizza l'analisi stessa non è più possibile (Codignola, 1977, pp. 68-69).

Patto, condizioni fattuali, contraddizione tra libertà e vincolo, accettazione, trasgressione, attività cognitiva, agiti del paziente, interruzione dell'analisi. Nelle parole ora citate, appare in tutta evidenza come il setting sia sovrapponibile alle condizioni di rapporto che caratterizzano una visita medica. Lo psicoanalista, come il medico internista che si appresta a "visitare" il paziente, detta le condizioni che consentono la sua prassi. Con il setting, dunque, si chiede al paziente, che si appresta al percorso psicoanalitico, di sottostare<sup>5</sup> alle regole dettate dallo psicoanalista, una delle quali prevede che il paziente dica tutto quello che gli viene alla mente, associ "liberamente" nel corso della seduta psicoanalitica. Come è possibile che il paziente accetti queste condizioni, al contempo autoritarie e contraddittorie?

Una risposta la si può trovare in un passo dell'importante capitolo 7 dell'Interpretazione dei sogni (Freud, 1899/2003), citato anche da Codignola, ove Freud parla di "rappresentazioni finalizzate" del trattamento e della persona dell'analista. Vediamolo:

Quando raccomando a un paziente di abbandonare ogni riflessione e di riferirmi qualunque cosa gli venga poi in mente, tengo saldo il presupposto che *egli non può abbandonare le rappresentazioni finalizzate del trattamento e mi considero autorizzato a dedurre che le cose apparentemente più innocenti e arbitrarie che mi racconta sono di fatto connesse con il suo stato di malattia*<sup>6</sup>. Un'altra rappresentazione finalizzata, di cui il paziente non sospetta affatto, è quella della mia persona. La valutazione complessiva, nonché la dimostrazione esauriente, delle due tesi esplicative spetta dunque alla descrizione della tecnica psicoanalitica come metodo terapeutico (p. 485).

Vediamo cosa dice Codignola (1977), a proposito di questo passo dell'Interpretazione dei sogni:

In un'opera come quella freudiana una sola frase non è certo determinante. Ma questa contiene un'indicazione che Freud osservò, mi sembra, in tutta la sua ricerca. È la strada tracciata dalle "rappresentazioni finalizzate" quella che lo porta alla scoperta della traslazione. È come se egli costruisse qui lo sfondo sul quale la figura simbolica diviene visibile, o se si preferisce, come se egli precisasse qual è il referente del simbolo nella psicoanalisi. Quelle che Freud chiama "rappresentazioni finalizzate" sono cose sottratte all'ambito puramente simbolico, in quanto hanno il ruolo logico di elementi fattuali, non interpretabili ma posti come tali, nell'interpretazione del sogno così come in quella di ogni altro fenomeno (p. 90).

Quanto afferma Codignola vale soprattutto per la rappresentazione finalizzata della persona dell'analista, meno per quella concernente lo stato di malattia del paziente. La rappresentazione finalizzata dello stato di malattia

---

<sup>2</sup> Il corsivo è mio.

<sup>3</sup> Il corsivo è mio.

<sup>4</sup> Il corsivo è mio.

<sup>5</sup> Codignola parla del setting come di un patto, di un contratto stipulato tra paziente e analista. Ma lo psicoanalista è tenuto, in coerenza con la sua appartenenza societaria, a rispettare le regole societarie sul setting. Quindi, l'analista non è libero di condurre una contrattazione con il paziente; nella maggior parte dei casi, il patto psicoanalitico si traduce in una comunicazione delle condizioni di lavoro da parte dell'analista e nell'accettazione di tali regole da parte del paziente, quale unica scelta per poter "fare analisi" con quello psicoanalista.

<sup>6</sup> Il corsivo è mio.

è coerente con il motivo per cui il paziente si reca dal medico psicoanalista; anche per la psicoanalisi si ipotizza quanto succede in medicina ove ogni persona, consapevole dei sintomi, dei segni che rintraccia nel suo corpo e che pensa di poter riferire a possibili stati di malattia, si rivolge al medico. Come afferma Canguilhem (1966/1988) è la persona che fa esistere il medico; quest'ultimo, poi, farà esistere la malattia e potrà intervenire – con la sua competenza diagnostica, prognostica e terapeutica – sulla malattia stessa.

Freud, e dopo di lui un'intera schiera di psicoanalisti, utilizza le rappresentazioni finalizzate dello stato di malattia quale fondamento per legittimare il proprio intervento assimilato alla prassi medica, per porre le condizioni necessarie alla psicoanalisi quale cura delle nevrosi.

Lo psicoanalista Wolfgang Loch, citato da Codignola, in un breve lavoro dedicato all'esame dei ruoli dello psicoanalista e all'esercizio del potere nella situazione analitica, coglie una sorta di paradosso al proposito: lo psicoanalista, infatti, si propone di istituire una comunicazione più libera rispetto al potere; ma, allo stesso tempo, mette in atto un processo – istituyente la prassi – in cui lo psicoanalista stesso ha il ruolo di un *legislatore* e di un *pedagogo*, di un insegnante. Dice Codignola al proposito: “La ricerca della libertà è dunque perseguita in una situazione essenzialmente non libera” (Codignola, 1977, p. 73).

A ben vedere, non c'è alcuna contraddizione nell'operare dell'analista quale legislatore e quale pedagogo, se l'identità dell'analista stesso è identificata con quella del medico che interviene per diagnosticare e curare una malattia. Nessun medico, nell'esercizio della sua funzione, è preoccupato per la “libertà” del paziente; ricordo, al proposito, il vecchio e saggio detto che, spesso, i nostri maestri ripetevano a noi studenti di medicina: “Il medico pietoso fa la piaga purulenta”.

Anzi, il medico può operare solo se il paziente assume un comportamento di totale dipendenza da lui e dai suoi ordini; ordini impartiti per rendere possibili le iniziative diagnostiche o terapeutiche del caso o, se si vuole, per il suo bene.

In psicoanalisi, l'apparente contraddizione sembra consistere nel fatto che uno degli “ordini” impartiti dall'analista prevede che il paziente dica qualunque cosa gli venga alla mente. Freud, d'altro canto, sa che questo non è possibile e afferma – giustamente – che il paziente non può abbandonare le rappresentazioni finalizzate del trattamento. Freud, in altri termini, sa che il paziente può accettare la dipendenza dall'analista solo in quanto preoccupato per la sua malattia, e con la speranza di un'efficacia della cura che può ricevere in proposito.

Una dipendenza, quindi, fondata sulla fiducia nei confronti del medico; quella fiducia che consente di rispondere positivamente all'ingiunzione medica del classico “si spogli” o, nel caso della psicoanalisi, all'ingiunzione psicoanalitica del classico “dica tutto quello che le viene alla mente”.

La funzione di “legislatore”, per dirla con Loch (1974), è propria dello psicoanalista come lo è per ogni medico, nel suo rapporto con il paziente. Nessun medico si pone il problema di analizzare quali siano le dinamiche simbolico-affettive con le quali il paziente simbolizza la sua relazione con lui, quando chiede il suo intervento. Il vissuto d'essere malato giustifica la domanda d'intervento del paziente, nei confronti del medico, e “obbliga” il medico ad intervenire professionalmente. L'anamnesi, vale a dire il primo atto diagnostico del medico, implica domande – al paziente – sul suo stato di salute o di malattia, nel passato personale o familiare e nel presente; non comporta alcun interrogativo sui processi simbolici con i quali il paziente si rappresenta la figura del medico stesso.

Al pari del medico, lo psicoanalista – identificato con la figura del medico – non si porrà problemi sui motivi che hanno condotto il “paziente”, sin dall'inizio definito come tale, a chiedere l'intervento dell'analista. Il paziente che “soffre” di un forte dolore al precordio richiede l'intervento medico senza dover dare ragione della sua richiesta, senza che gli venga proposto di analizzare il significato simbolico, emozionale, della sua domanda al medico; il “paziente” che “soffre” di nevrosi (psicogena) richiede l'intervento dello psicoanalista, senza dover dare un senso alla sua domanda.

Più volte, nel passato, ho parlato dei pericoli – nel caso dello psicologo clinico o nel caso dello psicoanalista – di assumere, acriticamente, il “modello medico” a modello identificatorio per la professione. Forse, ora, risulterà più chiaro il senso di tale affermazione. L'assunzione del “modello medico”, in psicoanalisi, significa ridurre la prassi psicoanalitica a cura delle nevrosi. O, peggio, a una prassi che opera “come se” si trattasse di una cura delle nevrosi. Un modello professionale “come se”, quindi fondato su una falsità, pur di potersi arrogare il diritto al potere di un legislatore e di un pedagogo; pur di fondare il proprio intervento professionale sulla stessa legittimazione sociale attribuita al medico. Il costo di questa finzione è altissimo.

Perché una finzione? La problematica di chi si rivolge allo psicoanalista è mutata profondamente, con il passare degli anni, con il diffondersi di una conoscenza sempre più approfondita e competente delle teorie che fondano la psicoanalisi, con la maggiore consapevolezza che gran parte dei problemi “psichici” non sono addebitabili al contesto, alle condizioni di vita delle persone, ma piuttosto al modo con cui viviamo la nostra esperienza

esistenziale, ai vissuti tramite i quali noi costruiamo le componenti emozionali del contesto stesso. È sempre più diffusa la convinzione che le nostre emozioni non sono indotte dalla “realtà dei fatti” ma, piuttosto, che i cosiddetti fatti<sup>7</sup> sono l’esito della nostra costruzione simbolica e delle emozioni che la sostanziano. Convinzione spesso contraddetta dal senso comune; convinzione che, comunque, almeno in chi ha qualche strumento per emanciparsi dal conformismo del senso comune, porta a guardare alle proprie emozioni quale problema, non quale esito ineluttabile della relazione con il contesto.

La domanda che avvia le persone dallo psicoanalista, come dicevo, è profondamente mutata. Tempo fa proposi un interrogativo apparentemente ingenuo, ai limiti dell’ovvietà; era formulato in questo modo: “perché una persona va dallo psicoanalista?”. Le due possibili risposte che allora suggerivo, erano profondamente diverse; l’una suonava del tipo: “perché sta male”; l’altra asseriva: “perché esiste lo psicoanalista”. Spero sia chiara la differenza profonda tra una psicoanalisi che opera *come se*, convinta che, chi si rivolge allo psicoanalista, lo fa perché è malato; o l’altra psicoanalisi, volta ad esplorare la dinamica emozionale “agita” dalla persona, sin dal suo interpellare lo psicoanalista per un suo problema.

Approfondirò in seguito questo tema, che ritengo di fondamentale rilevanza per la pratica psicoanalitica. Un tema fondante una prassi che il mio gruppo di ricerca ha proposto di denominare “analisi della domanda” (Carli & Paniccia, 2003).

Tornando al setting, si può comprendere l’affermazione per la quale il setting tradizionale (paziente sul lettino, analista seduto dietro, libere associazioni etc.) è la miglior condizione per il lavoro psicoanalitico volto alla cura delle nevrosi, in una determinata situazione storico-sociale. Trasformare quel setting, utile per la cura delle nevrosi e fondato sulla relazione organizzata dal potere medico sul paziente, in una situazione idealizzata, astorica, capace in sé di caratterizzare in modo definitivo e insostituibile la situazione di lavoro dello psicoanalista, è un’operazione culturale pericolosa per la professione psicoanalitica e per un suo possibile sviluppo.

A che serve ribadire la necessità di una ripetizione acritica e idealizzata del setting “tradizionalmente inteso”, rendendolo necessario e, ovviamente, indiscutibile in tutte le situazioni di intervento da parte dello psicoanalista? Perché il setting, quel setting utile per la cura delle nevrosi, è diventato la “cifra” indiscussa della psicoanalisi, quale professione di cura o d’intervento, affidando al setting – così inteso – l’identità della psicoanalisi quale professione? Perché la struttura tradizionale del setting ha preso il posto, quale dimensione identitaria dello psicoanalista, di ciò che lo psicoanalista fa nella sua prassi, dell’interpretare come atto fondante quel cambiamento che la psicoanalisi persegue quale suo principale obiettivo?

Una risposta a questi interrogativi va ricercata, a mio modo di vedere, nella dinamica relazionale tra analista e persona che decide di fare un percorso psicoanalitico, quale è indotta e organizzata dal setting così inteso. Si tratta, come peraltro è stato sottolineato da Loch (1974) e da molti altri autori, di una dinamica relazionale improntata alla dipendenza del “paziente” dallo psicoanalista. La dipendenza, indotta dalla funzione di legislatore che lo psicoanalista si attribuisce, fa parte integrante del setting “imposto” dallo psicoanalista – indipendentemente dalla funzione di cura delle nevrosi che la relazione analitica vorrà perseguire o meno – e sembra costituire una componente motivazionale importante, per certi versi insostituibile, dell’identità psicoanalitica. Un’identità in molti casi smarrita dal venir meno delle certezze sulla teoria pulsionale, dalla scomparsa delle “nevrosi” – classicamente intese – dal novero dei problemi per i quali si ricorre allo psicoanalista, dalla sempre più difficile definizione degli obiettivi della cura psicoanalitica, una volta venuti meno gli obiettivi di guarigione dalla nevrosi. Di fronte al cambiamento del contesto e della domanda di analisi, gli psicoanalisti – in particolare quelli responsabili delle società psicoanalitiche – si sono rivolti al setting quale garante dell’identità psicoanalitica. Cito ancora Codignola (1977), in proposito:

Non esiste ragione per pensare che la psicoanalisi si sottragga, in quanto professione, ai vincoli sociali e storici delle altre professioni; né si può ritenere che questi vincoli siano del tutto estranei al processo psicoanalitico. La presente discussione tende a dimostrare il contrario. Pretendere che il setting attuale della psicoanalisi sia così com’è solo per ragioni metodologiche, cioè che sia in senso assoluto l’unica preconditione possibile per

---

<sup>7</sup> Può essere utile, al proposito, la seguente distinzione terminologica: chiamiamo “eventi” gli accadimenti che avvengono nel contesto di convivenza entro il quale ciascuno di noi vive la propria esistenza; chiamiamo “fatti” l’esito della trasformazione degli eventi, a partire dalla simbolizzazione emozionale degli eventi stessi. I “fatti”, in altri termini, sono il prodotto della simbolizzazione emozionale collusiva con la quale vengono connotati emozionalmente gli eventi. Un esempio? Covid 19 è un evento che dipende dalla diffusione dell’agente patogeno virale SARS-CoV-2 all’uomo. La simbolizzazione collusiva con la quale, nelle diverse culture locali, viene rappresentato simbolicamente Covid 19 costruisce il “fatto Covid 19” stesso. Un “fatto” che può assumere connotazioni emozionali diverse, nei diversi gruppi d’appartenenza culturale: dall’angoscia per la sua pericolosità mortale alla sua negazione quale minaccia contestuale.

l'interpretazione analitica, equivale a pensare che l'analista scelga determinati ruoli e certe situazioni operative non perché di fatto, sul piano storico e sociale, vi è costretto, ma in nome di certi principi teorici. Tutto ciò si concreta, a mio parere, in un'operazione ideologica visibile nei seguenti punti:

- a) si sostiene e si tramanda una visione ideale della psicoanalisi, appoggiata dalla metapsicologia. Essa può essere usata per riprodurre l'antico isolamento e il distacco aristocratico della psicoanalisi dalle altre discipline, ma soprattutto per ignorare le condizioni reali in cui la psicoanalisi viene di fatto applicata.
- b) Questa visione impedisce di cogliere le determinanti storiche e sociali, a causa delle quali il processo analitico non può attuarsi, nella presente cultura occidentale, che a prezzo di un setting così impositivo e pedagogico. È pur vero che quelle stesse determinanti agiscono in ciascuno di noi, e ci rendono difficile immaginare un setting diverso. Ma occorre ricordare che quello che conosciamo non può avere un valore assoluto, dettato dalla scienza. Anche se si concede che esso rappresenti il modello migliore, ciò non significa altro che è l'unica forma in cui è concesso alla psicoanalisi di essere applicata, qui e oggi.

[...] Un determinato setting, si diceva, non è affatto l'elemento peculiare che distingue l'attività analitica da altre forme di lavoro psicoterapeutico. Può sembrare ovvio dire che l'analisi non è tale solo perché si svolge in quelle tipiche condizioni materiali, ma difficilmente il problema trova una concettualizzazione adeguata (pp. 78-79).

Siamo confrontati, sembra, con una vera e propria resistenza al cambiamento. Una resistenza che si arrocca attorno alla difesa ad oltranza del setting, assunto a indicatore insostituibile e idealizzato del lavoro psicoanalitico. Come se nel rispetto del setting, in particolare nell'imposizione delle regole vincolanti il comportamento del paziente e – come vedremo – più in particolare della regola delle quattro sedute settimanali, si esaurisse la garanzia che quel lavoro psicoterapeutico sia “vera psicoanalisi”.

### ***Psicoanalisti e psicologi in Italia: Una relazione complessa***

Può essere interessante, al fine di approfondire il tema dell'identità psicoanalitica, considerare la reazione di molti psicoanalisti italiani – siamo negli anni Ottanta e Novanta del secolo scorso – all'ingresso dei laureati in psicologia nel novero delle professioni operanti nel contesto sociale. Una vicenda che andrebbe ripercorsa passo passo, per meglio addentrarci nell'agrovigliata relazione intercorsa in quegli anni tra chi gestiva i corsi di laurea o le facoltà di psicologia e gli psicoanalisti. Riassumerò brevemente alcune componenti della vicenda. I corsi di laurea in psicologia nacquero, nel 1972, a Roma e a Padova. La loro istituzione sollevò, sin dall'inizio, gravi problemi in quanto vennero varati senza una visione precisa della professione alla quale s'intendeva formare lo studente che accedeva al corso di laurea stesso. Uno sguardo al curriculum di studi di quei corsi di laurea può essere sufficiente per cogliere quanto sto affermando: a differenza dei curricula di medicina, di ingegneria, di architettura, di farmacia, vale a dire di curricula volti a preparare lo studente a professioni consolidate – ove la competenza è definita consensualmente a livello internazionale – nel curriculum della laurea in psicologia si trovava (e purtroppo si trova) una serie di discipline senza collegamento tra loro, senza quell'interconnessione e quella propedeuticità che caratterizzano un iter degli studi volto a formare professionalmente. Tutto questo succedeva perché i fondatori dei corsi di laurea in psicologia non avevano alcuna idea della psicologia quale professione, e ritenevano che una stanca ripetizione delle componenti accademiche tradizionali della psicologia potesse perseguire la competenza professionale dei futuri psicologi. Quei pochi psicologi che avevano, in quegli anni, sperimentato la professione psicologica, ad esempio nei centri di orientamento scolastico e professionale, negli ambulatori per la psicodiagnosi, nell'intervento psicosociale tramite la dinamica di gruppo e l'analisi istituzionale, nella formazione o nella selezione aziendale, non vennero intenzionalmente implicati nella progettazione e nella formazione dei futuri psicologi, entro i nuovi corsi di laurea. Gli insegnamenti “accademici tradizionali” furono affidati a docenti sino a quel momento immersi in un'esperienza accademica totalmente scissa da qualsiasi esperienza professionale<sup>8</sup>. I pochi insegnamenti vagamente implicanti un'attività professionale, segnatamente gli insegnamenti di tipo “clinico”, furono affidati prevalentemente – in alcuni casi esclusivamente – a psichiatri operanti nell'ambito della psicoanalisi. Persone preparate nella loro professione, ma senza alcuna formazione nell'ambito della psicologia scientifica e senza una conoscenza o un intento formativo concernenti una possibile professione psicologica; professione – lo sottolineo – in funzione della quale erano chiamate ad insegnare.

<sup>8</sup> Ricordo che i primi corsi di laurea in psicologia furono istituiti, come s'è detto, presso le università di Roma e di Padova. Due sedi accademiche ove erano del tutto assenti psicologi volti a coniugare la ricerca con l'esperienza professionale psicologica; ben diversamente da sedi universitarie quali Milano, Torino o Napoli ove erano frequenti gli psicologi accademici interessati a sperimentare esperienze professionali, a sviluppare la ricerca anche nell'ambito della professione, quindi a contatto con persone e organizzazioni del contesto entro il quale l'università era situata.

Successe, grazie a questi insegnamenti clinici tenuti da psichiatri-psicoanalisti, un evento molto simile alla profezia che si autoavvera: gli psicoanalisti insegnavano “psicoanalisi”, presentando teorie spesso avulse da ogni possibile interazione con le teorie psicologiche e con la professione di psicologo. Al contempo, gli stessi docenti si resero conto che, la loro, era l’unica proposta professionale offerta agli studenti dei corsi di laurea in psicologia, così strutturati; si diffuse rapidamente la convinzione che i laureati in psicologia volessero fare, senza una preparazione adeguata, gli psicoanalisti; l’intera comunità culturale del paese insorse, grazie anche ad indegne campagne di stampa, contro questa invasione di campo: psicologi “selvaggi” volevano autoproclamarsi psicoanalisti, mettendo a rischio il già precario equilibrio psichico di chi si rivolgeva allo psicoanalista. Psicoanalisti “ufficiali” continuarono ad insegnare nei corsi di laurea e poi nelle facoltà di psicologia; al contempo, le strutture psicoanalitiche – alle quali tali docenti appartenevano – scatenarono una vera e propria guerra contro gli psicologi. L’accusa metteva alla gogna, additava alla pubblica disapprovazione giovani psicologi poco acculturati e preparati malamente in corsi di laurea di quattro o cinque anni, che volevano accedere a una professione elitaria o, come dice Codignola, aristocratica: una professione, quella di psicoanalista, che richiedeva una laurea di sei anni in medicina e chirurgia, spesso una specializzazione universitaria di quattro o cinque anni; infine l’accesso alla società psicoanalitica in qualità di allievo e la formazione in psicoanalisi; quest’ultima comportava lunghi trattamenti personali in analisi didattica, la frequenza di molteplici seminari teorici tenuti presso la società psicoanalitica da psicoanalisti didatti, il provarsi come psicoanalista con il trattamento di più casi in supervisione – della durata di qualche anno – e, da ultimo, un esame di ammissione alla società; un iter formativo non precisato nella sua durata, mediamente non più breve di sei-otto anni.

Le contraddizioni concernenti il mancato orientamento professionalizzante dei corsi di laurea in psicologia, vennero rapidamente al pettine. La domanda di formazione professionale, da parte dei giovani laureati in psicologia, si concentrava nell’ambito della psicoterapia: era l’unica esperienza di lavoro della quale sentivano parlare dai loro docenti, senza peraltro alcun apprendimento professionalizzante nell’ambito. Si trattava, infatti, di insegnamenti esclusivamente “teorici” per necessità, visto il numero esorbitante degli iscritti a psicologia e l’assenza desolante di una qualsiasi struttura interna alle facoltà ove sperimentare, sotto il profilo clinico, una qualche prassi professionale.

La risposta alla domanda dei laureati in psicologia, di quei laureati senza professione e al contempo motivati soltanto alla pratica clinica, fu quella di istituire le scuole private di specializzazione “almeno” quadriennali in psicoterapia, riconosciute dallo stato. Contemporaneamente, si istituì l’elenco degli psicoterapisti: medici o psicologi, iscritti ai rispettivi albi professionali, abilitati ad esercitare la professione psicoterapeutica.

I primi anni Novanta furono caratterizzati dal fiorire improvviso e convulso di innumerevoli “scuole” di psicoterapia, ove accorsero in gran numero i laureati in psicologia. Nel frattempo, prese forma l’ordine professionale degli psicologi e, fatto più rilevante, l’elenco dei laureati (medici e psicologi) abilitati alla psicoterapia. Ci fu una vera e propria corsa per ottenere l’appartenenza all’elenco degli psicoterapisti; a questa corsa furono costretti anche gli psicoanalisti “ufficiali”, da sempre attenti a differenziare la psicoanalisi dalla psicoterapia, nelle sue varie declinazioni metodologiche. La regolamentazione nazionale della psicoterapia, conseguente all’istituzione delle facoltà di psicologia, convinse anche le società psicoanalitiche a chiedere il riconoscimento delle loro scuole di formazione e la psicoanalisi divenne una delle aree formative alla psicoterapia per laureati in psicologia e in medicina.

Come preservare l’identità psicoanalitica, entro l’area frastagliata e per certi versi improvvisata delle psicoterapie? Il setting, e il rigore con il quale s’intese preservare la componente sacrificale del setting stesso, divennero le componenti centrali dell’identità psicoanalitica. Rigore che venne identificato con la componente più problematica delle condizioni “fattuali” caratterizzanti il lavoro psicoanalitico: il numero delle sedute settimanali. Rigore, peraltro, riservato prevalentemente o unicamente a chi intendeva diventare psicoanalista: l’analisi didattica del candidato psicoanalista doveva prevedere – prescrittivamente – quattro sedute settimanali e i trattamenti psicoanalitici in supervisione, che precedevano l’ammissione alla società psicoanalitica, dovevano essere condotti – obbligatoriamente – con quattro sedute settimanali. La selettività, implicita in queste condizioni del setting, divenne ben presto evidente; nella confusione delle proposte formative alla psicoterapia, contribuì ad incrementare l’attrattività della formazione psicoanalitica stessa agli occhi dei laureati in psicologia, in assenza di altri criteri utili per valutare l’interesse dell’offerta formativa.

### ***Setting psicoanalitico e cambiamento***

Propongo di rileggere, attentamente, quanto afferma Freud negli ultimi paragrafi di *Vie della terapia psicoanalitica*<sup>9</sup> (1918/2003):

Proviamo ora a formulare l'ipotesi che mediante una qualche forma di organizzazione si riesca ad accrescere il numero di noi psicoanalisti tanto che esso possa bastare a prendere in trattamento una più vasta sezione della collettività umana. D'altra parte, è possibile prevedere che un giorno o l'altro la coscienza della società si desti e rammenti agli uomini che il povero ha il diritto all'assistenza psicologica né più né meno come ha diritto già ora all'intervento chirurgico che gli salverà la vita; e che le nevrosi minacciano la salute pubblica non meno della tubercolosi e, al pari di questa, non possono essere lasciate all'impotente sollecitudine dei singoli. Saranno allora create delle case di cura o degli ambulatori dove lavoreranno un certo numero di medici con preparazione psicoanalitica, che si serviranno dell'analisi per restituire capacità di resistenza e di lavoro a uomini che altrimenti si darebbero all'alcool, a donne che minacciano di crollare sotto il peso delle privazioni, a bambini che hanno di fronte a sé un'unica alternativa: l'inselvaticamento o la nevrosi. Questi trattamenti saranno gratuiti. Potrà passare molto tempo prima che lo Stato si renda conto di questi suoi doveri e del loro carattere di urgenza. Le condizioni presenti possono allontanare ancora di più questo momento; è probabile che l'avvio a queste istituzioni sarà dato dalla beneficenza privata. Ma è un traguardo a cui prima o poi si dovrà arrivare. Dovremo allora affrontare il compito di adattare la nostra tecnica alle nuove condizioni che si saranno create. Non dubito che l'esattezza delle nostre ipotesi psicologiche potrà convincere anche coloro che non hanno una cultura specifica, ma dovremo cercare di dare alle nostre concezioni teoriche un'espressione il più possibile semplice e tangibile. Probabilmente dovremo constatare che il povero è disposto a rinunciare alla sua nevrosi ancor meno del ricco, poiché la vita difficile che lo aspetta non lo attrae affatto, mentre l'infermità gli offre una ragione in più per pretendere un aiuto da parte della società. Forse in molti casi potremo raggiungere un risultato positivo solo se riusciremo a combinare l'assistenza psichica con l'appoggio materiale, alla maniera dell'imperatore Giuseppe. È anche molto probabile che l'applicazione su vasta scala della nostra terapia ci obbligherà a legare in larga misura il puro oro dell'analisi con il bronzo della suggestione diretta; anche l'influsso ipnotico potrebbe riacquistare una sua funzione, com'è accaduto nel trattamento delle nevrosi di guerra. Ma quale che sia la forma che assumerà questa psicoterapia per il popolo, quali che siano gli elementi che la costituiranno, è sicuro che le sue componenti più efficaci e significative resteranno quelle mutate dalla psicoanalisi rigorosa e aliena da ogni partito preso (pp. 27-28).

Freud scrive queste pagine nell'estate del 1918: sta terminando la grande guerra, con i suoi milioni di morti e le sue distruzioni, con il collasso dell'economia europea, impegnata nelle ingentissime spese di guerra, con l'epidemia di influenza "spagnola" che fece più di 50 milioni di morti in tutto il mondo. Un periodo storico molto difficile, quando la povertà s'abatteva sulle popolazioni dei paesi belligeranti, ma più in generale su quelle di tutto il mondo occidentale.

Sembra importante ricordare due cose, in particolare: Freud, contrariamente alle deformazioni tendenziose dell'ormai celebre frase, paragona "il puro oro dell'analisi con il bronzo della suggestione diretta", non con il bronzo della psicoterapia, come surrettiziamente è stato detto più volte. Freud confronta l'analisi con l'ipnosi, da lui praticata all'inizio dei suoi tentativi di cura delle nevrosi e poi abbandonata per intraprendere la strada psicoanalitica; la relazione dell'analista con il paziente si intende porre al polo opposto del rapporto direttivo, ove il terapeuta induce la suggestione ipnotica nel paziente.

La psicoanalisi "rigorosa", evocata nell'ultimo rigo dello scritto, non ha nulla a che fare con il setting. Freud dice chiaramente: "il nostro compito terapeutico è definito da due contenuti: dobbiamo rendere cosciente il rimosso e dobbiamo scoprire le resistenze" (p. 22).

Aggiunge a questi, un terzo contenuto che denominerei, con Freud, principio di astinenza: "Nella misura del possibile, la cura analitica dev'essere effettuata in stato di privazione, di astinenza" (p. 22).

Ma, poco dopo, Freud aggiunge un passo che trovo di grande interesse per il problema del setting e della sua idealizzazione (1918/2003):

Dicendo che durante il trattamento va mantenuto uno stato di privazione, non penso di aver detto tutto riguardo a ciò che il medico dovrebbe sperabilmente fare. Come ricorderete, un altro orientamento dell'attività analitica è già stato oggetto di una controversia tra noi e la scuola svizzera. *Noi ci siamo decisamente rifiutati di fare del malato che si mette nelle nostre mani in cerca di aiuto una nostra proprietà privata, di decidere del suo destino, di*

---

<sup>9</sup> Cito dall'Avvertenza editoriale dell'OSF: "È questa la relazione che col titolo *Wege der psychoanalytischen Therapie* Freud ha pronunciato il 28 settembre 1918 al quinto Congresso internazionale di psicoanalisi tenutosi a Budapest, alla vigilia del crollo degli Imperi centrali" (Freud, 1918/2003, p.17). Si ricorda anche che Freud, in questa occasione e contrariamente alle sue abitudini, lesse la sua relazione, scritta durante l'estate. Il curatore ricorda che in quel periodo storico, specie in Ungheria ove il Congresso si teneva, era fortemente sentito il problema di un'estensione della terapia analitica a più ampi strati della popolazione.

*imporgli i nostri ideali e, con l'orgoglio del creatore, di plasmarlo a nostra immagine e somiglianza per far piacere a noi stessi*<sup>10</sup>. Ancor oggi tengo fermo questo rifiuto, e ritengo che questa sia l'occasione nella quale noi medici dobbiamo dar prova di quella discrezione che altrove abbiamo dovuto metter da parte; dall'esperienza ho appreso inoltre che un'attività nei confronti del paziente spinta così innanzi non è affatto necessaria ai fini della terapia. Ho infatti potuto aiutare, senza bisogno di turbarle nella loro individualità, persone con cui non avevo in comune nulla, né la razza, né l'educazione, né la posizione sociale, né la concezione del mondo (pp. 24-25).

Freud sembra parlare esplicitamente delle conseguenze emozionali di un'imposizione autoritaria: l'identificazione con l'aggressore. Quando lo psicoanalista trasforma il setting – impropriamente – nella ripetizione di condizioni autoritarie, volte a difesa della propria identità, più che adottate per aiutare il paziente, si istituisce una relazione perversa ove l'aiuto all'altro è sostituito dal “far piacere a noi stessi”. L'avidità che attraversa il possesso dell'altro, tramite l'imposizione di piegarsi a condizioni obsolete ma indiscutibili, sembra la motivazione dominante e inconfessabile di un setting ridotto alle condizioni materiali del lavoro, in particolare il numero settimanale delle sedute.

Freud stesso suggerisce, nella citazione più sopra riportata, come la psicoanalisi possa trovare applicazione entro contesti, situazioni storiche, condizioni socioeconomiche diverse da quelle che hanno fatto da sfondo alla ricerca psicoanalitica del suo fondatore e che hanno poi caratterizzato la prassi psicoanalitica per molti, molti anni.

La fissità del setting, lo ripeto, ha avuto un duplice scopo: sancire il potere “legislativo” dell'analista, conferendogli il compito di dettare le regole del gioco ed esaurendo in questa relazione di potere la funzione psicoanalitica e la sua immagine sociale. Ma, anche, assimilare l'atto della terapia psicoanalitica alla cura medica, esentando quindi lo psicoanalista dall'analizzare le dinamiche simboliche tramite le quali, la persona che chiede di fare analisi, agisce il senso della sua domanda. *In primis*, evidentemente, il senso della domanda di diventare psicoanalista.

Freud allude, nel passo ora riportato, a problemi che nulla hanno a che fare con la nevrosi, quali l'alcoolismo, la depressione, l'emarginazione sociale, la delinquenza, i conflitti familiari, l'avidità, la diffidenza, la demotivazione al lavoro. Potrei continuare a lungo, tenendo presente che le dinamiche culturali entro le quali noi viviamo sono cambiate, non sono più quelle degli anni che segnarono la fine del primo conflitto mondiale. Se la psicoanalisi è identificata col setting tradizionalmente inteso, la prassi dello psicoanalista sembra voler continuare, identica a sé stessa, a dispetto dei profondi cambiamenti del contesto. Quando la psicoanalisi è attenta ai problemi di chi si rivolge allo psicoanalista, allora il setting può assumere forme adatte alle nuove condizioni di lavoro, può tener conto della domanda e del senso che la domanda assume per la relazione psicoanalitica. Codignola ricordava le mutazioni necessarie del setting, nel caso della psicoanalisi delle psicosi o della psicoanalisi infantile. Freud parla di una psicoanalisi per le persone povere, indigenti, e prefigura una sorta di Centro di Salute Mentale *ante litteram*. Il lavoro psicologico con la marginalità sociale, l'intervento di accompagnamento dei disabili entro l'esperienza scolastica, la domanda terapeutica da parte di forme sempre più diffuse di perversione agita o mascherata, la frequenza sempre maggiore di domande psicoanalitiche da parte di persone depresse, queste e altre sono le problematiche che lo psicoanalista si trova ad affrontare. In particolare, noi psicoanalisti ci troviamo a dare una adeguata risposta terapeutica a problemi, i più frequenti al giorno d'oggi, evocati dall'emozionalità agita, nelle forme le più diverse e spesso le più pericolose per chi abitualmente “agisce”, invece di pensare alle proprie emozioni; e per chi si trova ad interagire, ad avere a che fare con gli agiti non pensati. Si tratta di situazioni ben diverse dalla nevrosi psicogena e dalla sua cura, fondata sull'equazione fondamentale di Breuer-Freud. Situazioni che, potrei dire finalmente, aprono al tema di “cosa fa lo psicoanalista nella cura”, sapendo che il setting, comunque si organizza, è funzionale alla prassi terapeutica dello psicoanalista.

### ***L'interpretazione***

Ricorro ancora a Laplanche e Pontalis (1967/2007), per una definizione di cosa s'intende per interpretazione in psicoanalisi:

a – Esplicitazione, mediante l'indagine analitica, del senso latente nei discorsi e nelle condotte di un soggetto. L'interpretazione mette in luce le modalità del conflitto difensivo ed è rivolta in ultima analisi al desiderio che viene formulato in ogni produzione dell'inconscio.

---

<sup>10</sup> Il corsivo è mio.



b – Nella cura, comunicazione fatta al soggetto e tendente a farlo accedere a questo senso latente, secondo regole imposte dalla direzione e dall'evoluzione della cura (pp. 238-239).

Come si può vedere, considerando la doppia definizione data da Laplanche e Pontalis, l'interpretazione può essere intesa quale ermeneutica generale, ove discorsi, racconto dei sogni, associazioni e comportamento del paziente posseggono un "senso latente", nascosto dalle dinamiche difensive ed espressivo del desiderio rimosso o mascherato. L'interpretazione, d'altro canto, può essere vista quale intervento clinico dello psicoanalista, volto a far sì che il paziente possa accedere al senso latente di quanto emerge nella relazione analitica.

L'interpretazione mutativa, proposta da James Strachey nel lontano 1934, resta ancora un caposaldo nel dare un costrutto all'efficacia dell'interpretazione psicoanalitica e alla sua capacità di evocare un cambiamento nel paziente. La nozione di "interpretazione mutativa" non è mai stata messa in discussione entro la letteratura psicoanalitica, ed è ancora oggi accettata quale spiegazione del cambiamento. Vediamo cosa dice Strachey (1934/1974) al proposito:

Darò innanzitutto un cenno schematico di ciò che intendo per interpretazione mutativa, e prenderò come esempio l'interpretazione di un impulso ostile. In virtù del suo potere (strettamente limitato) di Super-io ausiliario, l'analista permette a una certa piccola quantità di energia dell'Es del paziente (nel nostro esempio, nella forma di impulso aggressivo) di diventare cosciente. Poiché l'analista è anche, per la natura delle cose, l'oggetto degli impulsi dell'Es del paziente, la quantità di essi che ha ora accesso alla coscienza sarà consapevolmente diretta verso l'analista. Questo è il punto critico. Se tutto va bene, l'Io del paziente diventerà consapevole del contrasto fra il carattere aggressivo dei suoi sentimenti e la reale natura dell'analista, che non si comporta come gli oggetti arcaici «buoni» o «cattivi» del paziente. Il paziente, cioè, diventerà consapevole di una distinzione fra l'oggetto arcaico della sua fantasia e l'oggetto esterno reale. L'interpretazione sarà diventata di tipo mutativo (pp. 19-20).

Come afferma Codignola (1977), in sintesi, con l'interpretazione mutativa il paziente è messo in grado di raggiungere un'*acquisizione cognitiva*, riesce a distinguere fra oggetto della fantasia e oggetto "reale", nella misura in cui l'oggetto reale è rappresentato dall'analista.

Ma, come afferma lo psicoanalista Leon Levy (1963), perché il paziente sia consapevole del "carattere ostile, aggressivo" dei suoi sentimenti, è necessario che l'analista abbia precedentemente selezionato un "dato" (gesto, materiale linguistico, comportamento) del paziente e lo abbia tradotto, assegnandolo a una classe di eventi presente nel sistema categoriale dello psicoanalista stesso; nel caso, la categoria "ostilità". Si tratta della fase semantica dell'interpretazione, importante in quanto strettamente connessa al repertorio – presente nella mente dello psicoanalista – dei modelli di analisi dei dati ai quali ricondurre quanto viene rilevato nel corso della relazione analitica.

Nel modello di Strachey, dunque, non si tratta di un carattere aggressivo in sé, la cui vera natura è rivelata dall'interpretazione, ma di *una definizione di sentimenti aggressivi come classe di eventi, all'interno della classificazione di chi interpreta*<sup>11</sup>.

Nella *fase propositiva* dell'interpretazione, secondo Levy, gli elementi raccolti e trattati nella fase semantica, sono usati per costruire formulazioni e ipotesi più significative e generalizzabili, all'interno della teoria alla quale l'interprete si riferisce (1963).

Questa distinzione è particolarmente importante, in quanto riconduce l'interpretazione psicoanalitica al repertorio categoriale dell'analista.

Lo psicoanalista, nell'esplicitare il senso latente del materiale analitico, è fortemente condizionato dall'assetto categoriale costruito nel corso della sua personale elaborazione concettuale della teoria psicoanalitica. Di fronte, ad esempio, ad un comportamento del paziente semanticamente traducibile entro la categoria "dipendenza", i modelli di riferimento dell'analista possono guardare all'individuo (il paziente mette in atto comportamenti di dipendenza, quindi è *dipendente*) o alla relazione analitica (la relazione analitica induce comportamenti di dipendenza del paziente nei confronti dell'analista, quindi *la categoria "dipendenza" è riferita alla relazione* e non al singolo individuo). Nel secondo caso, evidentemente, è importante considerare la fase di costruzione del setting quale modalità relazionale che istituisce la relazione di dipendenza – controdipendenza entro la coppia psicoanalitica.

L'interpretazione mutativa, in altri termini, consiste nel facilitare un'*acquisizione cognitiva*, nell'interlocutore del processo analitico, circa il senso emozionale di quanto viene agito o manifestato a livello verbale nell'interazione stessa. Senso emozionale che può concernere l'altro, ad esempio la relazione – tutta interna al

---

<sup>11</sup> Il corsivo è mio.

paziente – tra Es, Io e Super-io se si utilizza la proposta freudiana circa la struttura tripartita della mente; ma anche il senso emozionale di quanto avviene entro la relazione analitica, se si utilizzano categorie di analisi riferite alla relazione stessa.

Sembra importante sottolineare che l'interpretazione comporta l'uso dei modelli, delle categorie con le quali lo psicoanalista analizza quanto avviene nella relazione analitica; l'istituzione del setting, di contro, implica – per lo psicoanalista – l'adesione a una prescrizione normativa, oppure l'adattamento delle condizioni del lavoro analitico alla domanda posta da chi chiede di fare esperienza analitica. Si può, così, comprendere come sia più “semplice”, per molti psicoanalisti, parlare, discutere, discettare o interrogare i colleghi sul setting, in particolare sul numero delle sedute settimanali imposte, proposte, contrattate con il paziente; ben più complesso è, invece, un confronto sui modelli che reggono la funzione interpretativa, nel corso del lavoro analitico.

Setting e interpretazione, d'altro canto, sono gli strumenti che lo psicoanalista utilizza per mettere in atto l'intervento psicoanalitico in funzione della domanda che gli viene rivolta, quindi in funzione della problematica che lo psicoanalista è chiamato a trattare con il suo lavoro. Ricordando che l'intervento psicoanalitico non è una “tecnica” ripetitiva, da applicare meccanicamente qualunque sia l'interlocutore che la voglia sperimentare, con l'unica preoccupazione di seguire le regole prescritte al fine di fare, davvero, psicoanalisi. La psicoanalisi non ha senso “in sé”, ma solo quale processo volto a trattare i problemi di chi ci chiede un aiuto, in funzione dei problemi stessi. Questa osservazione può sembrare superflua, ai limiti dell'ovvio; purtroppo, di contro, è importante perché sovente dimenticata, se si tiene conto che per molti psicoanalisti, specialmente quelli con funzione didattica e quindi dedicati all'analisi degli allievi in training, la cura psicoanalitica sembra ridotta all'applicazione “rigorosa” di regole procedurali.

Fare “come se” il problema che viene trattato con la cura psicoanalitica sia – per definizione – la nevrosi, sembra riduttivo e, al contempo, falso. Solo con l'adesione, esplicita o implicita, alla teoria pulsionale si può trasformare il lavoro analitico nella prescrizione del setting “tradizionale” – vale a dire nel setting proposto e utilizzati da Freud; si può considerare l'interpretazione quale procedura volta a rendere consapevole il paziente circa l'origine interna di rappresentazioni e impulsi arcaici, collegabili alle sue esperienze infantili e, al contempo, segnalare la loro incongruità nei confronti del rapporto reale con lo psicoanalista.

Spostiamo la nostra ottica psicoanalitica dalla teoria pulsionale alla teoria semeiotica: guardiamo alla simbolizzazione emozionale del contesto, quella simbolizzazione che caratterizza l'esperienza di tutti noi nel “sostituire la realtà esterna con quella interna”, una caratteristica importante del modo di essere inconscio della mente. Pensiamo che l'adattamento, quell'adattamento che costruiamo nella nostra esperienza relazionale, abbia a che vedere con processi collusivi – simbolizzazioni emozionali del contesto, comuni a chi quel contesto condivide – che regolano l'equilibrio emozionale delle relazioni sociali.

Nel caso della teoria pulsionale, la “fisiologia mentale” è la dimenticanza, operata in base alla abreazione, all'integrazione progressiva del ricordo in un più vasto insieme di associazioni di pensiero, alla cancellazione naturale dei ricordi. Il sintomo, considerato come rappresentante di un ricordo che non ha subito il normale processo di usura, definisce anche l'operazione di mutazione perseguibile con la prassi psicoanalitica, volta a far sì che il ricordo prenda il posto del sintomo.

Nel caso della teoria semeiotica, integrata con la teoria dei processi collusivi, la “fisiologia emozionale” è data dall'integrazione dei singoli entro dinamiche collusive che reggono l'interazione, nell'ambito dei contesti di convivenza. In questo secondo caso, quindi, i problemi sorgono quando le simbolizzazioni emozionali collusive vanno incontro a cambiamenti culturali e, quindi, a possibili processi di fallimento collusivo: cambia, ad esempio, il sistema di potere entro il contesto; processi di autonomizzazione rendono obsoleti i legami di dipendenza acritica nei confronti di chi si pensa dotato di autorità; interessi produttivi motivano all'abbandono di atteggiamenti adempitivi nell'esperienza di studio o di lavoro; l'affermarsi della speculazione finanziaria cambia radicalmente i sistemi d'appartenenza alle organizzazioni sociali, e rende obsoleto l'impegno produttivo in chi vi lavora.

Potrei continuare a lungo nel delineare le problematiche contestuali che possono portare, oggi, le singole persone dallo psicoanalista. Il fallimento della collusione evoca processi inconsci che, per manifestarsi, utilizzano dinamiche di tipo depressivo, dinamiche di depersonalizzazione e di disorientamento identitario, aggressività incontrollabile, perdita dell'autostima, tendenza ad isolarsi e ad allontanarsi dalle proprie relazioni sociali, prevalenza di fantasie d'avidità e di possesso che condizionano i rapporti affettivi, bisogno di apparire, di raggiungere quel successo sociale al quale si è disposti a sacrificare i propri legami familiari o amicali, agiti autodistruttivi incontrollabili che comportano assunzione di droghe, alcool, frequentazione compulsiva di incontri sessuali promiscui, attentati alla propria carriera professionale, associazione con gruppi trasgressivi o delinquenti.

Questo, per quanto concerne il fallimento collusivo vissuto da singole persone entro le loro relazioni contestuali. La domanda allo psicoanalista, d'altro canto, concerne anche – e in alcune contingenze, soprattutto – le organizzazioni sociali. Pensiamo alla scuola e al fallimento collusivo di riforme importanti che volevano realizzare l'inserimento e l'integrazione dei ragazzi con disagio, entro le classi normali (Carli, 2018); pensiamo alla cultura locale della convivenza nei quartieri urbani ove è alto il tasso di presenze di famiglie extracomunitarie; al conflitto tra competenza e corruzione nella pubblica amministrazione del nostro paese o alla difficile compresenza di organizzazioni volte alla produzione di beni e servizi e della criminalità organizzata; pensiamo ai problemi posti dal conflitto tra motivazione e atteggiamenti volti al controllo nella dinamica familiare; pensiamo al difficile rapporto tra famiglie e psicologi, nell'assistenza domiciliare che dovrebbe essere d'aiuto al rapporto tra genitori e figli, ma che spesso è inficiata dal mandato sociale – perverso – di verificare, controllare l'adeguatezza genitoriale di chi si dovrebbe aiutare.

Se gli psicoanalisti si chiudono nell'illusione di poter continuare una prassi definita dal potere violento, volto a dettare le leggi della relazione analitica e di poter utilizzare il setting a questo scopo, vedranno restringere il loro orizzonte professionale alla pressoché unica domanda di chi intende accedere alla professione psicoanalitica, agli psicologi che si propongono come allievi in training. Clienti "disposti a tutto", pur di far parte di un gruppo simbolizzato quale privilegiato, nell'ambito delle psicoterapie. Un privilegio, d'altro canto, che per realizzarsi comporta l'accettazione passiva e acritica delle condizioni sacrificali imposte dalle regole del setting. La clausola delle "quattro sedute", infatti, è paradossalmente riservata quasi esclusivamente a chi chiede di far parte delle società psicoanalitiche. La stragrande maggioranza degli psicoanalisti, poi, lavora con meno sedute settimanali; in specifiche ricerche sul tema è emerso che la media delle sedute psicoanalitiche settimanali, nella pratica psicoanalitica, è di due in alcuni paesi, di una seduta settimanale in molti altri. L'ossessione concernente questo aspetto del setting, solo questo aspetto del setting, ci aiuta a comprendere il profondo disorientamento della psicoanalisi per quanto concerne gli obiettivi dell'intervento e la problematica che, con la psicoanalisi, si intende e si riesce a trattare.

### ***Gli obiettivi della cura psicoanalitica e l'analisi della domanda***

In Costruzioni nell'analisi (1937/2003) Freud dice:

L'intento del lavoro analitico è notoriamente quello di far sì che il paziente rinunci alle rimozioni – nel più ampio senso inteso – che risalgono al suo antico sviluppo e le sostituisca con reazioni tali da poter corrispondere ad uno *stato di maturità psichica*<sup>12</sup> (pp. 540-541).

L'interpretazione dell'analista rimane, con il lavoro di costruzione, l'elemento fondamentale perché ciò avvenga.

Lo "stato di maturità psichica" della citazione freudiana, è chiamato da Strachey "comportamento più realistico" e l'autore dell'interpretazione mutativa ricorda che, grazie al cambiamento prodotto dall'analisi, il paziente può disporre di un Io che possiede "un contatto con la realtà relativamente non deformato".

Questo può essere considerato il fine ultimo del lavoro psicoanalitico: una ristrutturazione della mente che consenta un più libero investimento pulsionale sugli oggetti nuovi del campo percettivo, siano essi interni che esterni, evitando la ripetitività mortificante della condizione nevrotica.

Già, ma la maturità psichica si propone come "valore", e sembra aver poco a che fare con la guarigione dalla nevrosi. Quest'ultima, come già ho detto, comporta che il dimenticare abbia il suo corso e che quelle rappresentazioni mentali fissate – dalla nevrosi – nel sintomo possano essere, appunto, dimenticate entro una concezione omeostatica della mente. La competenza a dimenticare, d'altro canto, non sembra corrispondere allo stato di maturità psichica; quest'ultima, di contro, implica l'adesione a specifici valori e l'assunzione di comportamenti "maturi", ove il giudizio sullo stato di maturità sembra avere a che fare più con l'imposizione di ideali e il plasmare il paziente a nostra immagine e somiglianza, esecrato dallo stesso Freud in *Vie della terapia psicoanalitica* (1918/2003) in precedenza citato, che con il processo di guarigione.

---

<sup>12</sup> Il corsivo è mio.

Il tema è di grande interesse non solo quale approfondimento concernente il fine e l'obiettivo<sup>13</sup> del lavoro psicoanalitico, ma anche per il legame stretto che la definizione di fini e obiettivi della psicoanalisi riveste per l'identità dello psicoanalista e per l'immagine di sé che lo psicoanalista propone al contesto, agli "altri"; un'immagine che appare strettamente correlata con la funzione assegnata al proprio lavoro psicoanalitico.

L'acquisizione cognitiva realizzata dal paziente, della quale parla Strachey, è fondata sulla comparazione tra le proprie rappresentazioni mentali, organizzate dagli impulsi dell'Es ed elaborate nei confronti dell'analista, e la figura di quest'ultimo quale si propone nella realtà della relazione di cura; tale acquisizione cognitiva ha a che vedere – come afferma lo stesso Strachey – con la capacità acquisita dal paziente di distinguere tra gli oggetti della propria fantasia e gli oggetti reali; in particolare, con la distinzione tra l'analista, quale oggetto della propria fantasia, e l'analista reale. Tutto questo, d'altro canto, non ha a che fare con il fine della maturità psichica. Ma, a ben vedere, non ha a che fare nemmeno con la teoria pulsionale e con la teoria tripartita della mente. Quando lo psicoanalista fonda il suo lavoro sulla teoria semeiotica, quando l'analisi concerne le simbolizzazioni emozionali che costruiscono la realtà, a partire dalle caratteristiche del modo di essere inconscio della mente, l'obiettivo dell'analisi è lo stesso di quello esplicitato da Strachey: confrontare le proprie simbolizzazioni emozionali con il rimando che viene dalla realtà e riuscire a "pensare" emozioni, quelle emozioni che altrimenti verrebbero agite nel proprio processo di adattamento. L'agito emozionale, d'altro canto, è presente anche nella teoria che Strachey richiama per l'interpretazione mutativa, nella misura in cui la distinzione tra fantasia e realtà rende obsoleta la "spinta" ad agire.

Potremmo discutere sulla funzione di "Super-io ausiliario" evocata da Strachey; si tratta, a mio parere, di una funzione che lo psicoanalista riveste in quanto "altro", al quale il paziente si è rivolto per chiedere un aiuto rispetto al problema che sta vivendo. Questa funzione può essere rinforzata, nel paziente, quando lo psicoanalista assume il ruolo del medico che cura, entro quell'asimmetria che fonda la relazione medico-paziente. Oppure, può essere conquistata per altra via: quella di analizzare la domanda che ha portato il paziente dallo psicoanalista. L'analisi della domanda è, di fatto, psicoanalisi delle simbolizzazioni emozionali con le quali, la persona che chiede di fare analisi, investe lo psicoanalista riproducendo nella relazione con lui quelle dinamiche fantasmatiche che stanno alla base del fallimento collusivo problematico. Questo investimento fantasmatico dello psicoanalista può assumere forme e dinamiche differenti, via via che il processo analitico procede. Obiettivo della psicoanalisi, in quest'ottica, è quello di aiutare la persona a procedere nella competenza a pensare le emozioni agite entro la relazione con l'analista, facilitando uno sviluppo della capacità di dare senso a quanto il modo d'essere inconscio della mente produce nella relazione.

*Dare senso*, d'altro canto, comporta una riduzione pensata di quella polisemia che caratterizza la produzione mentale inconscia. Matte Blanco (1975/1981) parlava di insiemi infiniti, per definire un modo d'essere della mente funzionante secondo i principi di generalizzazione e di simmetria. Analizzare le simbolizzazioni affettive prodotte dalla mente inconscia, significa "estrarre" alcune dimensioni di senso entro la polisemia disorientante e, per questo, motivante all'agito quale evacuazione dell'emozionalità ridondante, insita nella polisemia stessa.

Si tratta, spero sia chiaro, di un obiettivo metodologico, non del perseguimento di uno stato idealizzato valoriale, quale esito terminale della cura psicoanalitica. Questa competenza a "pensare emozioni" si può sviluppare proprio grazie all'interpretazione, volta a dare senso alle simbolizzazioni portate dalla persona in analisi, raccontate nel resoconto della propria esperienza, presenti nei sogni – l'analisi dei quali è di grande rilievo – agite nella relazione con l'analista o nell'ambito di esperienze al di fuori del setting analitico. Queste ultime pongono i maggiori problemi per gli obiettivi d'analisi.

Torniamo per un attimo alla definizione di nevrosi, come è scritta in Laplanche e Pontalis (1967/2007), si parla di un conflitto psichico che ha le sue radici nella storia infantile del soggetto.

Si tratta di un problema di non poco conto, nella storia della psicoanalisi. Stralcio un passo, tra i molti simili, dal libro di Greenberg e Mitchell (1983/1986): "La causa delle psicopatologie, secondo Kohut, è la mancanza cronica di empatia, attribuibile ad una patologia caratteriale dei genitori, che insidia il sano sviluppo del sé del bambino" (p. 351).

Per molti psicoanalisti la psicopatologia ha origine nell'infanzia, più frequentemente nella prima infanzia. Un'origine che, il più delle volte, è attribuita alla psicopatologia dei genitori. Il caso più eclatante, al riguardo,

---

<sup>13</sup> Ricordo una possibile definizione di questi due termini, quale proposi anni fa: s'intende per fine di un'organizzazione o di un intervento "lo stato della realtà socialmente desiderabile"; l'obiettivo, di contro, può essere inteso come "il risultato più probabile di un intervento scientificamente fondato". Il fine, in sintesi, appare quale dichiarazione d'intenti o prefigurazione desiderabile di un aspetto della realtà; l'obiettivo è definito dall'intervento effettuato nei confronti della realtà, è volto al suo cambiamento; l'obiettivo, dunque, è quanto si persegue operativamente con la prassi.

è quello fondante la teoria dell'attaccamento ove la psicopatologia si trasmette, transgenerazionalmente, dalla madre con stile di attaccamento insicuro – generato dalla relazione con la propria madre – al figlio o alla figlia. Quest'ultima diverrà, a sua volta, agente psicopatogeno entro la catena che, ineluttabilmente, condanna alla trasmissione – per via materna – della psicopatologia concernente gli stili d'attaccamento.

Ancora una volta possiamo chiederci per quali motivi gli psicoanalisti sembrano ossessionati dalla psicopatologia, da una psicopatologia “incurabile” come nel caso degli stili di attaccamento problematici, e comunque da una psicopatologia che ha più a che vedere con la psichiatria, con i servizi di salute mentale o con quelli psichiatrici di diagnosi e cura, che con la psicoanalisi. Freud ha iniziato la sua scoperta psicoanalitica proponendo eziologia, patogenesi e cura delle nevrosi psicogene, ma ha poi ipotizzato e proposto interventi psicoanalitici per vasti strati della popolazione indigente, persone affette da problemi di disadattamento al proprio contesto; si veda in proposito quanto ricordato nella citazione di Vie della terapia psicoanalitica (1918/2003). Tra eziologia della nevrosi e scoperta del modo di essere inconscio della mente, quale oggetto d'intervento psicoanalitico, possiamo delineare una contraddizione insanabile. La teoria delle pulsioni ha ben poco a che vedere con la scoperta dell'inconscio.

Vediamo ora un passo dell'ultimo capitolo del lavoro di Greenberg e Mitchell (1983/1986) appena citato; un passo, a mio modo di vedere, molto importante per quanto sto affermando:

Nonostante le loro differenze, tutte le teorie contemporanee [della psicoanalisi] affrontano uno stesso problema: come trattare, nella pratica clinica, *l'importantissima questione delle relazioni con gli altri*<sup>14</sup>. Trovare il ruolo delle relazioni oggettuali nell'ambito della teoria psicoanalitica è stato un problema concettuale essenziale di tutta la storia della psicoanalisi, poiché nella teoria pulsionale originaria di Freud la scarica di energie psichiche ricopriva il fondamentale ruolo costitutivo; alle relazioni con gli altri veniva assegnato un ruolo che non era né centrale né molto evidente. Ogni teoria psicoanalitica di una qualche rilevanza deve affrontare questo problema.

Due sono state le principali strategie per tentare di riconciliare il primato clinico delle relazioni oggettuali con il primato teorico delle pulsioni. La strategia dell'*accomodamento* ha cercato di estendere l'originario modello pulsionale, attribuendo maggiore importanza al ruolo delle prime relazioni con gli altri, mantenendo alle pulsioni il loro fondamentale carattere motivazionale. La *strategia dell'alternativa radicale* invece pone le *relazioni con gli altri*<sup>15</sup> al centro della teoria, costruendo un modello che fa derivare le motivazioni tutte, inclusi gli impulsi sessuali e aggressivi, dalle vicende legate alla ricerca e al mantenimento delle relazioni. In questo modello i concetti pulsionali sono completamente trascurati (pp. 375-376).

Per gli studiosi delle teorie psicoanalitiche ora citati, le relazioni oggettuali – identificate come relazioni con gli altri – hanno oggi un'importanza insostituibile nella pratica psicoanalitica. Quello che manca, nella teoria delle relazioni oggettuali, è una comprensione psicoanalitica del contesto entro il quale, necessariamente e inevitabilmente, si situano le relazioni con gli altri.

La relazione tra individuo e contesto è il luogo relazionale ove esplorare le relazioni oggettuali. Un contesto costruito tramite il modo di essere inconscio della mente – in particolare tramite l'importante caratteristica dell'inconscio che prevede la sostituzione della realtà esterna con quella interna – tramite le simbolizzazioni affettive che consentono di simbolizzare emozionalmente ogni aspetto della realtà, connotando emozionalmente la relazione con tutti gli elementi o gli eventi che s'incontrano nella propria esperienza di convivenza. La teoria della collusione (Carli & Panizza, 1981), proposta quasi quarant'anni fa dal mio gruppo di ricerca e sviluppata tramite il lavoro psicoanalitico clinico, l'intervento psicosociale e la ricerca nell'ambito delle “culture locali”, propone un modello psicoanalitico che fa riferimento non solo al rapporto del singolo individuo con gli altri, ma alla relazione sociale – nelle sue differenti declinazioni – descritta e analizzata nelle sue determinanti inconse.

Vorrei essere chiaro in proposito. Se guardiamo ai problemi posti allo psicoanalista con la richiesta d'analisi, tali problemi si possono concettualmente considerare in due modi molto diversi. Si possono situare nel “mondo interno” del paziente: un riferimento esplicito al solo mondo interno lo si può trovare nell'utilizzazione della concezione tripartita della mente, ove i problemi del paziente sono tradotti in relazioni problematiche tra Es, Io e Super-io. Al polo opposto, possiamo pensare che tale problematica venga generata dalla simbolizzazione emozionale delle relazioni familiari, organizzative, amicali, lavorative, sessuali, politiche, ideologiche, scientifiche, culturali che la persona agisce o racconta nella relazione d'analisi, riproducendone la dinamica emozionale entro la relazione con lo psicoanalista.

Si è visto – seguendo, ad esempio, la proposta di Leon Levy circa la “fase proposizionale” dell'interpretazione

---

<sup>14</sup> Il corsivo è mio.

<sup>15</sup> Il corsivo è mio.

analitica – che l’atto interpretativo, in psicoanalisi, è fondato sull’uso di modelli atti a tradurre le produzioni del modo inconscio della mente in categorie di senso, condivisibili entro l’adattamento sociale. Il lavoro psicoanalitico, quindi, non è identificato dalle “quattro sedute”, quanto dal repertorio modellistico di cui dispone il singolo psicoanalista e dalla sua competenza ad utilizzarlo nell’ambito interpretativo. Modelli e interpretazioni sono gli strumenti utili ad aiutare le persone in analisi, dando un senso pensato ai loro problemi; quei problemi, lo ripeto ancora una volta, che la persona agisce tramite la domanda di psicoanalisi.

Potremmo dire che il fine, non l’obiettivo, della psicoanalisi sia quello di facilitare l’integrazione entro i sistemi di convivenza. Un fine condiviso con molte altre iniziative operanti nel sistema sociale. Ciò che rende specifico l’intervento psicoanalitico, d’altro canto, è il suo obiettivo. Un obiettivo che possiamo definire, in estrema sintesi, come sostituzione dell’agito emozionale con la competenza a pensare emozioni. Una sostituzione che comporta una maggior consapevolezza di sé e del proprio modo di simbolizzare la realtà; alla reazione agita nei confronti dell’“altro”, così come lo abbiamo costruito con le nostre simbolizzazioni – scambiando poi le connotazioni costruite per dimensioni reali – possiamo vivere l’alternativa di un pensiero sulle nostre simbolizzazioni; un pensiero che ci aiuti a conoscere il modo con cui costruiamo il nostro contesto emozionale. Questo è reso possibile grazie a due componenti strutturali del lavoro psicoanalitico: la *sospensione degli agiti emozionali*, grazie alla quale viene resa possibile l’*attivazione del processo interpretativo* circa gli agiti stessi. Interessante notare che, nel setting tradizionale, l’istituzione del setting e gli agiti collusivi – tra analista e paziente – che tale istituzione comporta, non sono interpretabili, per definizione.

Leggiamo un passo di Codignola (1917) in proposito:

[...] una volta stabilite le condizioni ottimali per l’analisi, questa si svilupperà trattando queste condizioni come né più né meno che dati di fatto fissi e irrilevanti ai fini del processo. Essi potranno rientrarvi, ma solo nel momento in cui emergerà un significato diverso, attribuito loro, per esempio, dai conflitti del paziente; e allora non si discuteranno certo le condizioni stesse – appunto, dati fissi e irrilevanti – ma lo spostamento del loro significato. L’ambito del setting è, in questa visione delle cose, solo il supporto per l’attività interpretativa, cioè per l’analisi; non è che ciò che la rende praticamente possibile; e con ciò il setting ha esaurito qualsiasi sua possibile funzione (p. 86).

Mettiamo ora in relazione quanto si diceva a proposito della finalità psicoanalitica di promuovere, facilitare e ripristinare la “relazione con gli altri”, con la concezione del setting ora ricordata.

È evidente che quando lo psicoanalista impone il setting “classico” (il modello Eitingon, per intenderci), agisce imponendo al paziente le condizioni di lavoro che, a sua volta, subisce passivamente dalla società psicoanalitica d’appartenenza, con le sue regole (Carli, 2020). Questa funzione di “legislatore” che impone le regole, non può essere analizzata ma condiziona fortemente la relazione analitica. Da quel momento in poi, lo psicoanalista che ha imposto le condizioni del setting è “costretto” a considerare, modellisticamente, tutto ciò che succede nell’analisi quale prodotto del mondo interno del paziente; solamente ed esclusivamente quale prodotto del mondo interno di chi fa analisi con lui. L’assenza di un’analisi della domanda, quindi, rende impossibile ogni considerazione circa la relazione analitica e quanto viene simbolizzato nella relazione stessa. La relazione analitica è “ingessata” nell’agito reciproco dell’istituzione del setting, e l’attenzione analitica sarà necessariamente limitata alle manifestazioni del mondo interno del paziente e alla loro decifrazione.

L’applicazione meccanica e adempitiva del setting, lo ripeto, istituisce una relazione analitica del tutto assimilata a quella tra medico e paziente, nell’ambito delle strutture sanitarie: un medico che tratta la domanda d’analisi quale dichiarazione di “malattia”, e istituisce un rapporto con il paziente “malato” alla stregua di un ginecologo, di un cardiologo o di un chirurgo. Stabilito il setting, imposte le condizioni di lavoro ritenute quali elementi irrinunciabili, capaci di qualificare il “medico” come psicoanalista, la psicoanalisi non può che intraprendere la strada indicata dalla teoria pulsionale: associare per “ricordare”, e mettere il ricordo al posto del sintomo. Con il rischio che tutto questo diventi una sorta di recita falsa, visto che le domande d’analisi non concernono quasi più sintomatologie nevrotiche, e visto che l’esperienza analitica può durare anni, in profondo contrasto con i pochi mesi del trattamento delle nevrosi, fondato sull’equazione fondamentale.

Alternativa all’istituzione d’autorità del setting “tradizionale”, ho da tempo proposto, con il mio gruppo di ricerca, l’analisi della domanda. Fondata sull’ipotesi che chi chiede di fare un’esperienza psicoanalitica non sia “malato” di una qualche psicopatologia, ma porti in analisi quei problemi che gli rendono difficile – in qualche modo – l’esperienza di rapporto con il contesto; problemi che vengono agiti nella relazione di domanda rivolta allo psicoanalista.

Problemi che, usualmente, vengono agiti altrove, entro le relazioni che la persona intrattiene nella sua esperienza sociale, familiare, lavorativa, amicale, associativa, amorosa o altro. Problemi che, per qualche motivo, la persona stessa ritiene di poter affrontare con l’esperienza analitica.

Si pensi, ad esempio, al penoso vissuto per il quale sembra impossibile continuare a istituire una relazione di controllo nei confronti degli altri; un controllo nei confronti dell'“altro”, al quale si era usi e che contribuiva ad un correlato vissuto di onnipotenza; un controllo, d'altro canto, che per qualche motivo contestuale appare, ora, non più percorribile. Una impossibilità di controllare l'altro che può essere dovuta al mutare delle condizioni relazionali, entro i più differenti contesti: un genitore, ad esempio, sente di non poter più controllare – in tutte le sue esperienze, i suoi pensieri, le sue relazioni – il figlio che si fa adulto, il figlio che sperimenta la propria autonomia, si chiude nella riservatezza dei suoi sentimenti, esplora nuove esperienze, impossibili da condividere con i genitori. Il nostro genitore, quindi, può trasformare il fallimento della relazione con il figlio, fondata sino a quel momento sul controllo, in un vissuto d'impotenza insopportabile; un vissuto che può assumere le sembianze di una perdita depressiva o di una reazione rabbiosa e aggressiva. Importante sottolineare che non tutti i genitori che vivono queste esperienze di fallimento della collusione, fondata sul controllo della relazione con il figlio, chiedono di fare analisi. La risposta al fallimento collusivo può essere la più diversa, e assumere un assetto adattivo non problematico in alcuni casi, o fortemente disturbante in altri. Si pensi alla “neoemozione” che abbiamo proposto di denominare preoccupazione (Carli & Paniccia, 2003). Si tratta di un processo di simbolizzazione emozionale angosciato, perché costellato di previsioni catastrofiche nei confronti dell'oggetto della propria preoccupazione; una neoemozione, l'essere preoccupati, che può caratterizzare la vita affettiva, di una persona o di un gruppo sociale, quando viene meno il controllo entro una relazione familiare o entro una relazione organizzativa. Sempre più spesso le persone “preoccupate”, traducendo il loro essere preoccupati in ansietà incontrollabile o in sintomi psicosomatici, in iniziative compulsive o in emozionalità depressiva; chiedono aiuto ai servizi di salute mentale o allo psicoanalista, rientrando in quella sintomatologia denominata “disturbi emotivi comuni”. Quanto dicevo sul fallimento di una relazione collusiva fondata sul controllo è, se si vuole, la diagnosi psicodinamica di una sintomatologia apparentemente espressa quale disturbo emozionale.

Il fallimento di una relazione fondata sul controllo, d'altro canto, non ha nulla a che fare con la psicopatologia basata sulla teoria pulsionale, sul controllo pulsionale, da situarsi originariamente nel corso della vita infantile della persona.

Si tratta, di contro, di una problematica che origina entro le relazioni e che si esprime tramite una sintomatologia relazionale.

Nella relazione di domanda rivolta allo psicoanalista, il genitore preoccupato può simbolizzare l'analista stesso quale adulto che può comprendere le ragioni del proprio essere preoccupato; un adulto con il quale condividere collusivamente le proteste per quanto può accadere al figlio che si sottrae al controllo benevolo del genitore; un analista che può condividere e giustificare l'attesa angosciata delle possibili sciagure alle quali andrà sicuramente incontro il figlio, non più oggetto del controllo rassicurante; spesso la relazione analitica si trasforma in uno spazio in cui parlare diffusamente, compulsivamente del figlio che “si è perso”, che il genitore vive come irrisconoscete, nella sua ricerca dissennata d'autonomia; la protesta può estendersi ai giovani d'oggi, alla cultura del “laissez faire” così pericolosa per le sue conseguenze imprevedibili e via di questo passo. Analizzare la domanda, quindi, significa utilizzare l'esplicito tentativo di controllare l'analista, quale spunto per una comprensione del senso rivestito dalla propensione compulsiva a controllare, per la persona stessa. Tutto questo può essere fatto iniziando con dei colloqui vis à vis, per poi passare al lettino e alle libere associazioni, quando si valuterà l'utilità del nuovo assetto per un lavoro volto a pensare alle emozioni problematiche, non quale imposizione volta al controllo del paziente, in collusione con il controllo che il paziente vuol esercitare sull'analista.

Se ci si sposta dalla dinamica pulsionale, con la sua realizzazione contrastata dalle norme sociali interiorizzate, alla dinamica delle relazioni sociali e delle simbolizzazioni emozionali con le quali ciascuno di noi le costruisce, la fenomenologia della domanda d'analisi propone una molteplicità di problemi di grande interesse e di complessa articolazione interpretativa. Il lavoro interpretativo, e non il setting, diventa la componente qualificante della psicoanalisi. Ricordando che interpretare significa utilizzare modelli e categorie di lettura della fenomenologia relazionale tra persona e analista, quale riedizione delle problematiche che la persona vive nelle sue relazioni contestuali; problematiche contestuali che, è utile ricordarlo, sono il motivo per cui la persona stessa si è rivolta allo psicoanalista.

### *L'azione interpretativa*

Può essere utile una riflessione su alcuni dati concernenti la psicoterapia psicoanalitica, nel nostro paese.

Gli psicologi, in Italia, sono circa 130.000 (centotrentamila) e gli iscritti all'elenco degli psicoterapisti più di

60.000. A questi psicoterapisti va aggiunto un numero imprecisato di medici con l'abilitazione alla psicoterapia, che stimo attorno ai 20.000. La metà dei medici e degli psicologi abilitati alla psicoterapia, pratica una psicoterapia ad orientamento psicoanalitico, quindi circa 40.000 sono gli "psicoanalisti" in Italia.

Si tratta, evidentemente, di valutazioni numeriche approssimative, ma utili per dare un'idea dello sviluppo enorme di un'area, quella della psicoterapia e – in particolare – della psicoterapia psicoanalitica che – negli anni Sessanta e Settanta – prima dell'avvento dei laureati in psicologia, contava solo poche centinaia di specialisti nell'area.

È del tutto fuorviante ipotizzare che un numero così elevato di psicoanalisti possa curare persone nevrotiche, affette da ossessività, fobia e poco altro.

Gli psicologi, in particolare, anche i laureati che hanno conseguito un diploma di specializzazione quadriennale in psicoterapia, lavorano per la maggior parte entro le istituzioni pubbliche che si occupano – sempre più diffusamente – di marginalità sociale, in tutte le sue manifestazioni problematiche. Marginalità sociale che vede una forte presenza di malati mentali, quelli dimessi dagli ospedali psichiatrici chiusi grazie alla legge 180 e i nuovi ingressi nella malattia presi in carico dai Dipartimenti di Salute Mentale delle differenti ASL. Marginalità sociale, inoltre, popolata da famiglie – il più spesso economicamente e culturalmente disagiate – ove sono presenti persone affette da disagio psichico di vario grado e di differente natura, minori con difficoltà scolastiche le più diverse, alcoolismo, violenza nei confronti della donna, uso di droga da parte di qualche membro della famiglia, prostituzione, delinquenza adulta o minorile, problemi nella gestione della funzione genitoriale, conflitti entro la coppia o conflitti intergenerazionali, difficoltà di adattamento sociale dell'intero nucleo familiare o di qualche suo membro.

Certamente, gran parte dei nostri psicoanalisti si aspetta di poter lavorare nel proprio studio, trattando psicoanaliticamente persone che chiedono l'analisi per i motivi più diversi – ai quali ho fatto cenno pagine addietro in questo contributo – e potendo contare su rapporti professionali con appartenenti a classi socioeconomico-culturali medie o elevate.

Interessante rilevare che i servizi erogati dalle istituzioni regionali o locali, i servizi di salute mentale, i centri antiviolenza, i Servizi per l'Integrazione e il Sostegno ai Minori in Famiglia, i servizi per l'assistenza al disagio minorile a scuola, i servizi di aiuto-compiti, quelli per tossicodipendenti, le comunità terapeutiche o riabilitative, sono solo in parte gestiti direttamente dalle istituzioni preposte; in gran parte, l'utenza viene data in outsourcing a cooperative sociali che utilizzano gli psicologi e gli psicoterapisti quale "manovalanza a basso costo", per l'intervento entro l'utenza designata.

Questa umiliante consuetudine retributiva, ha fatto sì che il lavoro in questo ambito venisse squalificato al rango di "lavoretti" provvisori e precari; lavoretti, peraltro, entro i quali moltissimi psicologi e psicoanalisti permangono per lunghi anni, confinati entro un ghetto professionale scoraggiante e demotivante.

Sembra importante una riflessione in proposito. Una riflessione che parta non tanto dal "metodo" di cura utilizzato in psicoanalisi, quanto dalla rilevanza sociale, culturale e "politica" della problematica trattata. La marginalità sociale alla quale ho fatto cenno nel delineare i servizi che – nel bene o nel male – se ne occupano, rappresenta un'area importante, fondamentale della convivenza. Un'area che nel passato, anche recente, si voleva emarginata, esclusa dal sistema sociale "normale" – conformista e perbenista – contenuta entro istituzioni ad hoc, volte a separare la normalità dalla marginalità. Il pensiero corre alle scuole speciali, alle classi differenziali, agli ospedali psichiatrici.

Negli anni '70, in Italia, l'esclusione di molta marginalità sociale si è tramutata nel suo opposto, grazie all'istituzione di strutture volte all'integrazione della diversità: integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro, nel sistema sociale più in generale.

I "lavoretti" dei quali stiamo parlando, sono spesso funzionali alla promozione, alla tutela e alla verifica dei processi di integrazione.

Ricordo le parole avveniristiche di Freud, prima citate, scritte in *Vie della terapia psicoanalitica* (1918/2003): "Proviamo ora a formulare l'ipotesi che mediante una qualche forma di organizzazione si riesca ad accrescere il numero di noi psicoanalisti tanto che esso possa bastare a prendere in trattamento una più vasta sezione della collettività umana" (pp. 27-28).

Ci siamo. Gli psicoanalisti italiani sono in un numero elevato a sufficienza per prendere in trattamento una più vasta sezione della collettività umana, quella marginalità sociale che Freud definiva come la popolazione in povertà.

Il tema, peraltro, concerne non tanto la scarsa retribuzione e la scarsissima valorizzazione professionale di chi se ne occupa; il tema riguarda quel "prendere in trattamento" che, allo stato attuale delle cose non è possibile tramite il setting "tradizionale", utile per la cura delle nevrosi. Il trattamento psicoanalitico, nel caso della marginalità di cui stiamo parlando, deve prendere altre strade. In particolare, non concerne le singole persone



quanto le relazioni entro le quali si manifesta la problematica da “trattare”. Non è possibile “mettere sul lettino” la marginalità di cui stiamo parlando, i giovani con diagnosi di disagio scolastico nella loro relazione con la classe, le famiglie problematiche, i gruppi sociali devianti. Non è possibile utilizzare il setting tradizionale, in quanto le persone appartenenti alla marginalità disagiata non accetterebbero l’imposizione del setting, o se si vuole, la funzione di uno psicoanalista che si comporta quale legislatore. Se quest’ultima rappresenta la *conditio sine qua non* per chiamare psicoanalisi il lavoro di chi interviene, allora gran parte del lavoro di cui sto parlando esula dalla psicoanalisi; quest’ultima rischia di ridursi alla cura di qualche disturbo ossessivo o fobico, presente in qualche persona della borghesia medio – alta, capace di sostenere la spesa per l’analisi e culturalmente adatto a subire, a tale scopo, le regole del setting. Forse, la scoperta psicoanalitica, con il suo interesse culturale, psicologico e operativo, non merita questa ghetizzazione.

Guardiamo, è solo un esempio, ai Servizi per l’Integrazione e il Sostegno ai Minori in Famiglia, dei quali si è fatto cenno poco fa. Traggo da un lavoro recentemente pubblicato (Amicosante et al., 2020) la definizione del servizio in questione, quale si trova nella “Carta dei servizi socio-sanitari” del Municipio VII e della Asl Roma 2 (2018):

Il servizio SISMIFF è un servizio di sostegno educativo domiciliare offerto alle famiglie con figli minori di età e si configura come un sistema di interventi a carattere sociale, mirati al supporto della genitorialità e alla tutela del benessere materiale e relazionale della persona di minore età, finalizzato al miglioramento delle condizioni di vita dell’intero nucleo familiare, così da consentire la permanenza del minore nel suo ambiente di origine e prevenire forme di istituzionalizzazione (p. 9).

Sottolineo l’ambiguità di questa definizione: “sistema di interventi a carattere sociale” non qualifica le competenze atte a mettere in atto gli interventi stessi; “tutela del benessere materiale e relazionale del minore” configura interventi segnati da forte discontinuità negli obiettivi e nel metodo. Si tratta, infine, di un servizio volto a fornire sostegno educativo domiciliare a famiglie con minori, senza fare alcun cenno – e questo è gravissimo – alla possibile committenza delle famiglie circa una presenza intrusiva (domiciliare) di operatori i più disparati, volta a erogare un servizio non precisato nella sua metodologia, quindi nei suoi obiettivi. Nella definizione in analisi, in sintesi, è pienamente presente la cultura di chi pensa di doversi “occupare” della marginalità prescrivendo il servizio, indipendentemente dall’assenso o meno di chi dovrebbe fruirne. Cosa che gli stessi estensori della definizione riterrebbero irrealizzabile, perché impossibile da prescrivere, se le famiglie fruitrici appartenessero a una classe sociale diversa dalla marginalità: ad esempio la famiglia di un primario medico ospedaliero, quella di una preside di liceo, di un parlamentare della repubblica e via dicendo.

L’ambiguità con cui si definisce il servizio, d’altro canto, ha una conseguenza; benessere materiale e relazionale, miglioramento delle condizioni di vita del nucleo familiare sono dimensioni vaghe, non riconducibili ad aspetti controllabili del comportamento, non soggette ad un apprezzamento da parte di chi eroga il servizio. C’è, di contro, una dimensione che i servizi sociali pensano di poter controllare e verificare nella sua efficacia, ed è la genitorialità. Una dimensione che, grazie alla diffusa credenza circa la possibilità di misurarne i “valori”, consente anche un intervento “correttivo” da parte dei servizi sociali: l’allontanamento del minore quando i genitori appaiono dotati di insufficiente genitorialità. La genitorialità è menzionata, nella definizione più sopra riportata, per sottolineare come il servizio abbia quale fine quello di facilitare la permanenza del minore in famiglia. Ma la genitorialità si propone, anche, quale unica dimensione misurabile e al contempo quale unica dimensione sanzionabile nella sua insufficienza. Di qui la sistematica perversione delle finalità concrete del servizio, che nei fatti diventa, spessissimo, un’occasione per verificare la competenza genitoriale presente nelle famiglie oggetto d’intervento da parte del servizio. Sottolineo l’aspetto perverso che può assumere un servizio pensato per dare aiuto e supporto a famiglie disagiate; un servizio, d’altro canto, dove l’aiuto non prevede una committenza delle famiglie che si pensa di aiutare. L’assenza di una committenza e l’appiglio della genitorialità contribuiscono a trasformare il servizio stesso in un’occasione di controllo nei confronti delle famiglie e della loro competenza genitoriale.

Le famiglie disagiate, “costrette” ad accettare gli operatori del servizio in questione, li vivono quali controllori pericolosi, dai quali aspettarsi possibili denunce di scarsa “genitorialità”; vissuti giustificati da casi ove, grazie al servizio e ai suoi operatori, alcuni minori sono stati allontanati dai genitori con insufficiente genitorialità e portati in casa-famiglia.

Lo psicologo psicoanalista che assume il ruolo di operatore del Servizio per l’Integrazione e il Sostegno ai Minori in Famiglia, si trova confrontato con un dilemma di grande rilievo: accettare il mandato perverso di agire quale controllore della genitorialità, vanificando il suo ruolo volto a un intervento di sostegno al minore e alla relazione familiare, o rendere possibile il suo ruolo di sostegno. Quest’ultima possibilità ha un’unica via

di realizzazione per lo psicoanalista: costruire una committenza familiare al sostegno, motivando un pensiero circa il sospetto, realistico, di un'intrusione controllante con cui è vissuto dai genitori e, molto spesso, dagli stessi minori. Cambiare una relazione fondata sul sospetto e trasformarla in una relazione che sia espressione di una domanda per l'intervento di sostegno al minore e alla famiglia: si tratta di un obiettivo realizzabile solo grazie alla prassi psicoanalitica. Una prassi, d'altro canto, difficile da ricondurre alla sola interpretazione, visto che il sospetto ha basi fondate sull'esperienza reale della famiglia stessa.

L'operatore psicoanalista può agire un aiuto alla famiglia; può, ad esempio, cucinare per loro quando la madre è impossibilitata a farlo; può dare, alla donna della famiglia assistita, il proprio numero di telefono personale, rendendosi disponibile nel caso di situazioni d'urgenza; può implicare il minore in giochi coinvolgenti per stabilire con lui una relazione fiduciosa e divertente. Sto parlando di una strategia d'intervento psicoanalitico che, anni fa, proposi di chiamare "azione interpretativa" (Carli & Paniccia, 2003).

Ho ricordato in un paragrafo precedente la raccomandazione di Freud circa l'astinenza, nel rapporto analitico. Sottolineo l'importanza, per l'analista, di evitare "agiti" problematici e pericolosi nel corso del proprio lavoro. L'azione interpretativa, d'altro canto, non è un "agito", non invero un'emozione che l'analista non riesce a pensare e che è spinto ad agire, nella relazione con l'altro. Nulla di tutto questo. L'azione interpretativa si rende necessaria per istituire una relazione di fiducia, di stima, al posto della relazione fondata sulla diffidenza. Quando la diffidenza ha fondati motivi, quando la persona, il gruppo familiare o il gruppo sociale basano la diffidenza su esperienze reali del passato anche recente, per l'analista non è possibile proporre un'esperienza d'interpretazione mutativa: la sua funzione, il suo ruolo entro il servizio, possono essere stati assunti da altri operatori realmente minaccianti, nel loro mettere in atto dinamiche di intrusività indebita e di controllo. La diffidenza, in altri termini, non è riconducibile alla sola fantasmatica del gruppo familiare, non giustificata dall'esperienza di realtà. Anzi, appare giustificata proprio dall'esperienza fatta con altri operatori, nella realtà del servizio. Lo psicoanalista, quindi, può mettere in atto alcuni aspetti del setting quali prove agite della sua diversità, quali testimonianze del suo affetto per la famiglia presso la quale sta lavorando. L'azione interpretativa, quindi, consente di ripristinare quella fiducia nell'utente-famiglia, che consentirà poi di stabilire una relazione entro la quale sarà possibile l'intervento interpretativo. L'azione interpretativa, in sintesi, consiste nell'azione dell'analista volta a definire il setting; un'azione che assume anche una funzione interpretativa, volta a riorganizzare l'emozionalità dell'"altro" nei confronti dell'analista. Solo in seguito all'azione interpretativa, sarà possibile un lavoro fondato sull'interpretazione vera e propria.

Questo aiuta a capire che l'istituzione del setting, troppo spesso considerata quale azione volta solamente – se vogliamo, innocentemente – ad invertere le condizioni per il lavoro psicoanalitico, ha sempre una valenza interpretativa, in quanto condiziona l'assetto emozionale con il quale verrà rappresentato l'analista. Quando l'istituzione del setting si configura, esplicitamente o implicitamente, quale atto volto ad istituire la dipendenza del paziente dall'analista, l'analisi assumerà necessariamente le connotazioni di una relazione medico-paziente.

L'analisi della domanda o l'azione interpretativa sono, nell'ottica che sto proponendo, le due alternative all'istituzione autoritaria del setting, quale è usualmente messa in atto nel modello tradizionale di psicoanalisi.

### *Bibliografia*

- Amicosante, E., Barbizzi, L., Bernardini, G., Bianco, M., Pantani, G., Ranieri, S., ... Spiropulos, S. (2020). Esplorazione del mandato dei servizi SISMIF e costruzione di committenza [The psychoanalytic psychosocial intervention in a home-based service for minors during Covid-19]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 21-32. Retrieved from [www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni](http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni)
- Breuer, J., & Freud, S. (2003). *Studi sull'isteria* [Studies on hysteria]. In C. L. Musatti (Ed. & Trans.), *OSF* (Vol. 1, pp. 161-439). Torino: Bollati Boringhieri (Original work published 1892-1895).
- Canguilhem, G. (1988). *Il normale e il patologico* [The Normal and the Pathological] (M. Porro, Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1966).
- Carli, R. (2018). Rileggere la nozione di perversione [Read again the notion of perversion]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 56-63. Retrieved from [www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni](http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni)
- Carli, R. (2020). *Vedere, leggere pensare emozioni: Pagine di psicoanalisi* [Seeing, reading, thinking emotions: Psychoanalysis pages]. Milano: Franco Angeli.

- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (1981). *Psicosociologia delle organizzazioni e delle istituzioni* [Psychosociology of organizations and institutions]. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccchia R.M. (2003). *Analisi della domanda: Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica* [Analysis of the demand: Theory and technique of intervention in clinical psychology]. Bologna: Il Mulino.
- Carta dei servizi socio-sanitari rivolti all'Infanzia e all'Adolescenza [Charter of social and health services aimed at Children and Adolescents]. (2018). Retrieved from ASL Roma2 website: [https://www.aslroma2.it/attachments/article/521/Carta\\_Infanzia\\_Distretto\\_7.pdf](https://www.aslroma2.it/attachments/article/521/Carta_Infanzia_Distretto_7.pdf)
- Codignola, E. (1977). *Il vero e il falso: Saggio sulla struttura logica dell'interpretazione psicoanalitica*. [The truth and the false: An essay on logic structure of psychoanalytical interpretation]. Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (2003). *L'interpretazione dei sogni* [The interpretation of dreams]. In C.L. Musatti (Ed. & Trans.), *OSF* (Vol. 8, pp. 1-615). Torino: Bollati Boringhieri (Original work published 1899).
- Freud, S. (2003). *Vie della terapia psicoanalitica* [Pathways of psychoanalytic therapy]. In C.L. Musatti (Ed. & Trans.), *OSF* (Vol. 9, pp. 15-28). Torino: Bollati Boringhieri (Original work published 1918).
- Freud, S. (2003). *Costruzioni nell'analisi* [Construction in Analysis]. In C.L. Musatti (Ed. & Trans.), *OSF* (Vol. 11, pp. 537-552). Torino: Bollati Boringhieri (Original work published 1937).
- Greenberg, J.R., & Mitchell, S.A. (1986). *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica* [Object Relations in Psychoanalytic Theory] (C. Mattioli, Trans.). Bologna: Il Mulino (Original work published 1983).
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (2007). *Enciclopedia della psicoanalisi* [The encyclopedia of psychoanalysis]. (L. Mecacci, C. Puca & G. Fuà, Eds. & Trans.). Bari: Laterza (Original work published 1967).
- Levy, L. (1963). *Psychological Interpretation*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Loch, W. (1974). Der Analytiker als Gesetzgeber und Lehrer [The analyst as legislator and teacher]. *Psyche*, 28 (5), 431-46.
- Matte Blanco, I. (1981). *L'inconscio come insiemi infiniti: Saggio sulla bi-logica* [The Unconscious as Infinite Sets: An Essay in Bi-Logic]. (P. Bria, Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1975).
- Rossi, N. (2020). *Linee programmatiche Vicepresidenza* [Vice-presidency policy guidelines]. Retrieved from <https://www.grupporuggieropresidente.it/programmi/vicepresidenza>
- Strachey, J. (1974). La natura dell'azione terapeutica della psicoanalisi [The nature of the therapeutic action in psychoanalysis]. *Rivista di Psicoanalisi*, 20, 92-126 (Original work published 1934).
- Widlocher, D. (1970). *Freud et le problème du changement* [Freud and the problem of change]. Paris: PUF.

**The representation of the onset of the Covid-19 pandemic and the consequent lockdown in Italy:  
A psychosocial research by SPS, Studio di Psicosociologia of Rome**

*Renzo Carli, Anna Di Ninni, Rosa Maria Paniccia, Eleonora Alecci, Caterina Virginia Aloi, Stefania Ambrosino, Alfredo Arienzo, Rossella Assante Del Leccese, Kristian Avilloni, Lorenzo Barbizzi, Nadia Battisti, Luca Bellavita, Fiorella Bucci, Barbara Cafaro, Veronica Capozzi, Agostino Carbone, Maddalena Carli., Giuseppe Carollo, Sara Ceccacci, Alessio Civerra, Andrea Civitillo, Isabella Conti, Mario D'Andreta, Francesca De Luca, Krizia Destino, Roberta Di Maio, Graziana Di Noja, Federica Di Ruzza, Serena Di Stasio, Umberto Di Toppa, Rossana Diciolla, Francesca Dolcetti, Giuseppe Donatiello, Flavia Draghelli, Ottavia Esposito, Viviana Fini, Ilaria Fiore, Claudio Gasparri, Valentina Giacchetti, Isabella Giannone, Antonella Giornetti, Fiammetta Giovagnoli, Chiara Giovannetti, Danny Guido, Luca Leone, Gilda Malinconico, Alessandro Mancinella, Giulia Marchetti, Vittoria Marotta, Luciano Massimi, Caterina Mastantuono, Gabriella Mazzeo, Alberta Mazzola, Denis Mejdiaj, Giulia Mero, Chiara Monaldi, Maurizio Naruli, Maria Cristina Nutricato, Paola Pagano, Matteo Paoletti, Domenica Passavanti, Silvia Policelli, Melania Polli, Eleonora Ponzetti, Guglielmo Propersi, Liliana Ricci, Elodie Rossi, Ruggiero Ruggeri, Elena Russo, Simona Sacchi, Elena Saracino, Maria Sarubbo, Valentina Scarozza, Veronica Schiavello, Irene Schiopetti, Cecilia Sesto, Michela Siciliano, Domenica Sidari, Emanuele Soraci, Silvia Spiropulos, Claudia Tanga, Valentina Terenzi, Nicolò Tricoli, Sabrina Tripodi, Cecilia Vecchio, Francesco Zangrillo, Martina Zanocco<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> The whole group participated in the various phases of the research with periodic confrontations; below are the functions performed by the authors in the research. SPS commissioning group: Renzo Carli, Anna Di Ninni, Rosa Maria Paniccia. Interviews and focus groups were carried out by: Giulia Mero, Emanuele Soraci, Nicolò Tricoli, Flavia Draghelli, Alfredo Arienzo, Cecilia Vecchio, Eleonora Alecci, Luca Leone, Caterina Mastantuono, Francesca De Luca, Giuseppe Carollo, Stefania Ambrosino, Lorenzo Barbizzi, Veronica Capozzi, Alessio Civerra, Krizia Destino, Serena Di Stasio, Rossana Diciolla, Giuseppe Donatiello, Ottavia Esposito, Vittoria Marotta, Denis Mejdiaj, Chiara Monaldi, Maurizio Naruli, Melania Polli, Eleonora Ponzetti, Elodie Rossi, Liliana Ricci, Elena Saracino, Valentina Scarozza, Irene Schiopetti, Silvia Spiropulos, Ruggiero Ruggeri, Federica Di Ruzza, Caterina Virginia Aloi, Kristian Avilloni, Sara Ceccacci, Andrea Civitillo, Isabella Conti, Danny Guido, Roberta Di Maio, Graziana Di Noja, Umberto Di Toppa, Claudio Gasparri, Valentina Giacchetti, Antonella Giornetti, Chiara Giovannetti, Gilda Malinconico, Alessandro Mancinella, Alberta Mazzola, Maria Cristina Nutricato, Paola Pagano, Domenica Passavanti, Silvia Policelli, Guglielmo Propersi, Elena Russo, Maria Sarubbo, Simona Sacchi, Michela Siciliano, Domenica Sidari, Claudia Tanga, Valentina Terenzi, Sabrina Tripodi, Giulia Marchetti, Luca Bellavita, Ilaria Fiore, Matteo Paoletti, Martina Zanocco, Mario D'Andreta, Isabella Giannone, Francesco Zangrillo, Luciano Massimi, Veronica Schiavello, Viviana Fini, Cecilia Sesto, Nadia Battisti, Fiorella Bucci. Preparation of the corpus, choice of dense words and statistical data processing: Francesca Dolcetti, Fiammetta Giovagnoli, Cecilia Sesto, Elena Russo, Renzo Carli. Bibliography Working Group: Agostino Carbone, Nadia Battisti, Gabriella Mazzeo, Rossella Assante Del Leccese, Barbara Cafaro, Caterina Virginia Aloi, Giuseppe Carollo, Federica Di Ruzza, Luca Leone, Viviana Fini, Maddalena Carli, Rosa Maria Paniccia. Drafting of the research report: Renzo Carli, Rosa Maria Paniccia.

Carli, R., Di Ninni, A., Paniccia, R.M., Alecci, E., Aloi, C.V., Ambrosino, S., ... Zanocco, M. (2020). La rappresentazione dell'esordio della pandemia Covid-19 e del conseguente lockdown in Italia: Una ricerca psicosociale a cura di SPS, Studio di Psicosociologia di Roma [The representation of the onset of the Covid-19 pandemic and the consequent lockdown in Italy: A psychosocial research by SPS, Studio di Psicosociologia of Rome]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 15(2), 28-63. doi:10.14645/RPC.2020.2.835

## *Abstract*

At the end of February 2020, in SPS<sup>2</sup> we asked ourselves what were the experiences evoked by the Covid-19 pandemic in its debut, and what facts “derived” from these experiences. To this end, we interviewed 419 people, between 1 March and 5 May 2020. The collected corpus was analyzed through the Emotional Text Analysis (AET). It was assumed that the pandemic had deconstructed the usual ways of relating, and we thought that new relational dimensions were emerging. Our data show that habitual individualism, of greedy competitiveness, is in crisis. A new individualism has emerged in response to the deconstruction of the friend/foe relational schema, at the basis of sociality. The representation of the danger inherent in the pandemic contagion has made us all potentially enemies of each other. We have all lived as potentially enemies of all, unless we are admittedly sick. The sick, on the other hand, are not experienced as enemies: they are a split otherness, relegated to an elsewhere far from those who are “healthy”. During the lockdown, treatments were confined to the hospital, characterized by isolation, emergency, death experienced in the worst way. The otherness was reified in a hospital that became symptomatic of the failure of the health system. A “we” has formed here together, healthy and maniacally happy, and a “them” infected, damned, isolated and “elsewhere”. The Internet, by allowing contactless proximity, has become a new context of sociality. It has allowed us to become human again, or friends, unless proven otherwise. But the new friendship is based on the split from the damned other: the sick/caring couple, and all those excluded, for various reasons, from the protection of the lockdown. The experience of being closed at home with the usual cohabitants is also excluded from the new sociality, where the violence of forced family relationships emerges. There are others excluded from a maniacally friendly us: the elderly who do not use the internet and who most of all risk dying. There is also a culture that, within the failure of habitual social relations, underlines the powerlessness of institutions (political, health, media, etc.) in the pandemic contingency. Finally, there is a pre-lockdown culture, made up of fear that will lead to choose isolation. In the data, the productive world is missing, which for those interviewed by the research did not find - in the period of time we considered - a shared emotional code that could be gathered in a cluster. The research also had an intervention objective: to create a context in which the pandemic event could be interpreted, within a setting of participation. In addition to publishing the data quickly, we intend to promote discussion groups on the internet with participants. The creation of a sharing context is also a reason for the high number of Authors.

*Keywords:* models of individualism; local culture; friend-foe scheme; coexistence in the pandemic; crisis in the health system.

---

<sup>2</sup> SPS, Studio di psicosociologia, Rome, [www.spsonline.it](http://www.spsonline.it)

## **La rappresentazione dell'esordio della pandemia Covid-19 e del conseguente lockdown in Italia: Una ricerca psicosociale a cura di SPS, Studio di Psicosociologia di Roma**

*Renzo Carli, Anna Di Ninni, Rosa Maria Paniccia, Eleonora Alecci, Caterina Virginia Aloi, Stefania Ambrosino, Alfredo Arienzo, Rossella Assante Del Leccese, Kristian Avilloni, Lorenzo Barbizzi, Nadia Battisti, Luca Bellavita, Fiorella Bucci, Barbara Cafaro, Veronica Capozzi, Agostino Carbone, Maddalena Carli., Giuseppe Carollo, Sara Ceccacci, Alessio Civerra, Andrea Civitillo, Isabella Conti, Mario D'Andreta, Francesca De Luca, Krizia Destino, Roberta Di Maio, Graziana Di Noja, Federica Di Ruzza, Serena Di Stasio, Umberto Di Toppa, Rossana Diciolla, Francesca Dolcetti, Giuseppe Donatiello, Flavia Draghelli, Ottavia Esposito, Viviana Fini, Iaria Fiore, Claudio Gasparri, Valentina Giacchetti, Isabella Giannone, Antonella Giornetti, Fiammetta Giovagnoli, Chiara Giovannetti, Danny Guido, Luca Leone, Gilda Malinconico, Alessandro Mancinella, Giulia Marchetti, Vittoria Marotta, Luciano Massimi, Caterina Mastantuono, Gabriella Mazzeo, Alberta Mazzola, Denis Mejdaj, Giulia Mero, Chiara Monaldi, Maurizio Naruli, Maria Cristina Nutricato, Paola Pagano, Matteo Paoletti, Domenica Passavanti, Silvia Policelli, Melania Polli, Eleonora Ponzetti, Guglielmo Propersi, Liliana Ricci, Elodie Rossi, Ruggiero Ruggeri, Elena Russo, Simona Sacchi, Elena Saracino, Maria Sarubbo, Valentina Scarozza, Veronica Schiavello, Irene Schiopetti, Cecilia Sesto, Michela Siciliano, Domenica Sidari, Emanuele Soraci, Silvia Spiropulos, Claudia Tanga, Valentina Terenzi, Nicolò Tricoli, Sabrina Tripodi, Cecilia Vecchio, Francesco Zangrillo, Martina Zanocco<sup>3</sup>*

---

<sup>3</sup> Tutto il gruppo ha partecipato alle varie fasi della ricerca con periodici confronti; di seguito le funzioni svolte dagli autori nella ricerca. Gruppo di committenza SPS: Renzo Carli, Anna Di Ninni, Rosa Maria Paniccia. Hanno effettuato le interviste e i focus group: Giulia Mero, Emanuele Soraci, Nicolò Tricoli, Flavia Draghelli, Alfredo Arienzo, Cecilia Vecchio, Eleonora Alecci, Luca Leone, Caterina Mastantuono, Francesca De Luca, Giuseppe Carollo, Stefania Ambrosino, Lorenzo Barbizzi, Veronica Capozzi, Alessio Civerra, Krizia Destino, Serena Di Stasio, Rossana Diciolla, Giuseppe Donatiello, Ottavia Esposito, Vittoria Marotta, Denis Mejdaj, Chiara Monaldi, Maurizio Naruli, Melania Polli, Eleonora Ponzetti, Elodie Rossi, Liliana Ricci, Elena Saracino, Valentina Scarozza, Irene Schiopetti, Silvia Spiropulos, Ruggiero Ruggeri, Federica Di Ruzza, Caterina Virginia Aloi, Kristian Avilloni, Sara Ceccacci, Andrea Civitillo, Isabella Conti, Danny Guido, Roberta Di Maio, Graziana Di Noja, Umberto Di Toppa, Claudio Gasparri, Valentina Giacchetti, Antonella Giornetti, Chiara Giovannetti, Gilda Malinconico, Alessandro Mancinella, Alberta Mazzola, Mariacristina Nutricato, Paola Pagano, Domenica Passavanti, Silvia Policelli, Guglielmo Propersi, Elena Russo, Maria Sarubbo, Simona Sacchi, Michela Siciliano, Domenica Sidari, Claudia Tanga, Valentina Terenzi, Sabrina Tripodi, Giulia Marchetti, Luca Bellavita, Iaria Fiore, Matteo Paoletti, Martina Zanocco, Mario D'Andreta, Isabella Giannone, Francesco Zangrillo, Luciano Massimi, Veronica Schiavello, Viviana Fini, Cecilia Sesto, Nadia Battisti, Fiorella Bucci. Preparazione del corpus, scelta delle parole dense e trattamento statistico dei dati: Francesca Dolcetti, Fiammetta Giovagnoli, Cecilia Sesto, Elena Russo, Renzo Carli. Gruppo di lavoro sulla bibliografia: Agostino Carbone, Nadia Battisti, Gabriella Mazzeo, Rossella Assante Del Leccese, Barbara Cafaro, Caterina Virginia Aloi, Giuseppe Carollo, Federica Di Ruzza, Luca Leone, Viviana Fini, Maddalena Carli, Rosa Maria Paniccia. Stesura del rapporto di ricerca: Renzo Carli, Rosa Maria Paniccia.

Carli, R., Di Ninni, A., Paniccia, R.M., Alecci, E., Aloi, C.V., Ambrosino, S., ... Zanocco, M. (2020). La rappresentazione dell'esordio della pandemia Covid-19 e del conseguente lockdown in Italia: Una ricerca psicosociale a cura di SPS, Studio di Psicosociologia di Roma [The representation of the onset of the Covid-19 pandemic and the consequent lockdown in Italy: A psychosocial research by SPS, Studio di Psicosociologia of Rome]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 15(2), 28-63. doi:10.14645/RPC.2020.2.835

## *Abstract*

A fine febbraio 2020, in SPS<sup>4</sup> ci siamo chiesti quali fossero i vissuti evocati dalla pandemia Covid-19 in esordio, e quali fatti “derivassero” da tali vissuti. A tal fine abbiamo interpellato 419 persone, tra l’1 marzo e il 5 maggio 2020. Il corpus raccolto è stato analizzato con l’Analisi Emozionale del Testo (AET). Si ipotizzava che la pandemia avesse destrutturato le modalità abituali di rapporto, e pensavamo stessero emergendo dimensioni relazionali inedite. I nostri dati dicono che l’individualismo abituale, di avida competitività, è in crisi. In risposta alla destrutturazione dello schema relazionale amico/nemico, alla base della socialità, è emerso un nuovo individualismo. La rappresentazione del pericolo insito nel contagio pandemico ci ha reso, tutti, potenzialmente nemici gli uni degli altri. Tutti siamo vissuti come potenzialmente nemici di tutti, a meno di non essere dichiaratamente malati. I malati, di contro, non sono vissuti come nemici: sono un’alterità scissa, relegata in un altrove lontano da chi è “sano”. Le cure, nel lockdown, erano confinate nell’ospedale, caratterizzate dall’isolamento, dall’emergenza, dalla morte esperita nel peggiore dei modi. L’altrove è stato reificato in un ospedale diventato sintomatico del fallimento del sistema sanitario. Si è costituito un “noi” qui insieme, sani e maniacalmente felici, e un “loro” contagiati, dannati, isolati e “altrove”. Internet, consentendo vicinanza senza contatto, è diventata un nuovo contesto di socialità. Ha permesso di ridiventare umani, ovvero amici, a meno che non si dimostri il contrario. Ma la nuova amicalità è fondata sulla scissione dall’altro dannato: la coppia malato/curante, e tutti gli esclusi, per diverse motivazioni, dalla protezione del lockdown. Dalla nuova socialità è escluso anche il vissuto dello stare chiusi in casa con gli abituali conviventi, dove emerge la violenza delle relazioni familiari obbligate. Si evidenziano altri esclusi dal noi maniacalmente amicale: gli anziani che non usano internet e che più di tutti rischiano di morire. C’è poi una cultura che, entro il fallimento delle relazioni sociali abituali, sottolinea l’impotenza delle istituzioni (politiche, sanitarie, mediatiche etc.) nella contingenza pandemica. Infine, c’è una cultura pre-lockdown, fatta della paura che porterà a scegliere l’isolamento. Manca, nei dati, il mondo produttivo, che non ha ritrovato, per gli interpellati dalla ricerca – nel periodo di tempo da noi considerato – un codice emozionale condiviso che potesse raccogliersi in un cluster. La ricerca aveva anche un obiettivo di intervento: quello di creare un contesto in cui l’evento pandemia potesse essere interpretato, entro un setting di partecipazione. Oltre a effettuare una pubblicazione rapida dei dati, intendiamo promuovere gruppi di discussione su internet con i partecipanti. La creazione di un contesto di condivisione è anche un motivo dell’alto numero di Autori.

*Parole chiave:* modelli dell’individualismo; cultura locale; schema amico-nemico; convivenza nella pandemia; crisi del sistema sanitario.

---

<sup>4</sup> SPS, Studio di psicosociologia, Roma, [www.spsonline.it](http://www.spsonline.it)

## ***Parte prima: Premessa***

### ***Come è nata la ricerca SPS sulla Covid-19***

Tra la fine di febbraio e l'inizio di marzo 2020 capiamo che il nuovo coronavirus, di cui si parla in tutto il mondo, è un problema grave per il nostro paese e per l'umanità. Riandiamo alle tappe fondamentali della vicenda in Italia. A novembre 2019 si viene a sapere che in Cina – a Wuhan – ci sono casi di polmonite anomala. Il 9 gennaio le autorità sanitarie cinesi comunicano che il responsabile della malattia – che si propaga in modo preoccupante nel territorio cinese – è un nuovo coronavirus del ceppo della Sars (Severe Acute Respiratory Syndrome) e della Mers (Middle East Respiratory Syndrome), come delle più banali forme di influenza. Ma è diverso. Viene denominato Sars-CoV-2. Il 12 gennaio i laboratori cinesi ne individuano la sequenza genetica; si predispongono strumenti per la diagnosi. Il 21 gennaio si apprende che il virus è arrivato all'uomo per un salto di specie, provenendo da un animale infetto. La trasmissione tra esseri umani è facile: è molto contagioso. La situazione in Cina precipita. Il nostro Ministero della Salute sconsiglia i viaggi in Cina, se non per gravi motivi. Il 29 gennaio si hanno i primi casi in Italia: due turisti cinesi sono ricoverati all'Ospedale Spallanzani di Roma. Un ricercatore italiano, proveniente dalla Cina, è positivo al virus. Il 30 gennaio l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) dichiara "l'emergenza sanitaria pubblica di interesse internazionale". L'Italia, unica in Europa, blocca i voli da e per la Cina. L'11 febbraio l'OMS dà un nome alla malattia: Covid-19. Il 21 febbraio si hanno i primi casi autoctoni in Italia. Ci sono focolai a Codogno, Casalpusterlengo e Castiglione d'Adda, in Lombardia. Il ministro della salute prescrive la quarantena obbligatoria per chi è stato a contatto con persone positive, e permanenza domiciliare per chi è stato nelle aree a rischio nei 14 giorni precedenti, con obbligo di segnalazione alle autorità sanitarie locali. Un'altra ordinanza governativa, firmata unitamente alla presidenza della Regione Lombardia, sospende tutte le manifestazioni pubbliche, le attività commerciali non di pubblica utilità, quelle lavorative, ludiche e sportive, e chiude le scuole in dieci comuni: Codogno, Castiglione d'Adda, Casalpusterlengo, Fombio, Maleo, Somaglia, Bertonico, Terranova dei Passerini, Castelgerundo e San Fiorano. Il contagio si diffonde soprattutto nel Nord Italia, ma anche in altre zone. Il 4 marzo, il governo ordina la chiusura delle scuole e delle università; la Protezione Civile comunica che sono stati rilevati 2.700 nuovi contagi, in un giorno: molti al Nord, ma ci sono casi in tutte le regioni. L'8 marzo i positivi in Italia sono 6.387. Il 22 marzo 46.638, il 5 aprile 91.246, il 19 aprile 108.257.

Tra il 2 e l'8 marzo i ricoverati in ospedale in terapia intensiva sono 650; la capienza di quei reparti è al limite. Tra il 23 e il 29 marzo sono 3.906. Tra il 30 marzo e il 5 aprile sono 3.977. I ricoverati con sintomi nei reparti Covid-19, isolati e protetti, sono 28.949. I dati mostrano l'ascesa esponenziale dei contagi, e l'inadeguatezza del sistema sanitario nell'affrontare situazioni alle quali era, palesemente, impreparato. Nel nostro paese, come in altri paesi a economia avanzata, c'è una sanità ritenuta d'eccellenza, ma volta prevalentemente, se non univocamente, alla diagnosi e cura di malattie non contagiose, e prevede la centralità dell'ospedale, che si rivelerà critica (Langher, 2020). L'8 marzo, con Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri, la Lombardia e altre 14 province vengono dichiarate "zona rossa". Il 9 marzo il Presidente del Consiglio annuncia che dal 10 marzo tutta l'Italia diverrà "zona protetta": si potrà uscire di casa solo per comprovate necessità, come per fare la spesa, per esigenze lavorative, per l'acquisto di farmaci o per altri motivi di salute. L'11 marzo l'OMS dichiara che quella da Covid-19 è una pandemia. Ci si appella alle autorità nazionali di tutto il mondo perché prendano le misure necessarie per contrastare il contagio. L'Italia appare come la nazione più rigorosa nelle misure prese, e come il luogo di maggior diffusione del virus nel mondo, dopo la Cina.

Dai primi di marzo alla fine di giugno la diffusione dei contagi in Italia è preoccupante. Per diversi motivi: il loro incremento esponenziale sino alla fine di aprile, e il lento decrescere nei mesi successivi; l'inadeguatezza del sistema sanitario nel fronteggiare la pandemia. L'evento critico è il sovraccarico della terapia intensiva: si curano le persone in fase acuta, e non ci si occupa dei contagiati nei 10-15 giorni che la precedono, in una fase che poi si rivelerà determinante; la mortalità è elevata, elevatissima per le persone anziane.

I contagi dipendono dai contatti sociali. Il portatore del virus può facilmente contagiare altre persone in virtù delle caratteristiche del virus, peraltro poco conosciute nel loro insieme, ma anche come conseguenza del mancato distanziamento, della disattesa nell'uso di sistemi protettivi. L'unica difesa, sino a quando non si disporrà di un vaccino, appare l'evitare i contatti sociali e il chiudersi in casa. I tempi del vaccino si profilano imprevedibili: le previsioni spaziano dai mesi agli anni, aumentando il generale disorientamento.

Il lockdown ha significato l'interruzione, per tutti gli abitanti del nostro paese, di ogni relazione al di fuori di casa: dal lavoro alla scuola, dal fare la spesa (tranne che in strette condizioni di salvaguardia) all'andare per negozi, dal frequentare gli amici all'andare al bar, al ristorante, a fare "una passeggiata in centro", al fare sport. L'Italia si ferma.



I contagi si sviluppano con chi non accetta il lockdown e con i contagiati che evitano la quarantena. Si sviluppano, in particolar modo, per lo spostamento di molti malati Covid -19 presso residenze per anziani, per il contagiarsi di personale sanitario non protetto, per la presenza di infetti asintomatici, per lo spostamento dei contagiati da una zona all'altra del paese e per molti, imprevedibili altri motivi. Con il passare dei mesi, la pandemia sembra più sotto controllo, l'ascesa esponenziale dei contagi si attenua, la curva inizia a scendere. Ma si sa che non è finita, si temono nuove ondate, il futuro è incerto.

Parallelamente ai problemi sanitari, si pongono quelli economici. L'arresto della produzione in tutti i settori, con la sola esclusione di quelli strategici, lo stop di moltissime imprese, di molti servizi, dei consumi tranne il settore alimentare, creano una forte crisi economica, di cui si prevede l'aggravarsi. Della pandemia non si vede la conclusione, le contromisure del governo, delle banche centrali, non saranno eterne. Ci sono elevate perdite di guadagno e di lavoro, e la povertà per molti.

Abbiamo sintetizzato una sequenza di eventi, molti tratti dai media, tratti dalle notizie giornaliere. Dai quotidiani on line ai social network, dalla stampa alla televisione, si dibatte quotidianamente sulla pandemia. Si rassicura e si crea allarme; gli "esperti" si susseguono, contraddicendosi; l'analisi statistica dei dati epidemiologici è un esercizio quotidiano, le notizie dal mondo sono sempre meno rassicuranti. L'Italia sembrava, a marzo, il paese più colpito, dopo la Cina. A maggio il contagio in Europa è allarmante per Francia, Spagna, Regno Unito, Germania. Nei mesi successivi, Stati Uniti, Brasile, Russia, India sono fortemente colpiti dal contagio, che interessa ormai milioni di persone e fa centinaia di migliaia di morti<sup>5</sup>.

Fin dalla fine di febbraio, in SPS ci siamo posti un problema che origina dai modelli teorici che da anni andiamo sviluppando in varie ricerche sulle culture locali: quello del differenziare tra fatti e vissuti, e al contempo capire come i vissuti organizzino risposte collusive che "costruiscono fatti". Abbiamo opposto al cognitivismo una visione psicoanalitica della vicenda: invece di pensare che siano i fatti a determinare i vissuti emozionali - come vorrebbe la teoria cognitivista - pensiamo che siano i vissuti - o se si vuole le culture collusive - a determinare i fatti, ove questi abbiano come protagonista l'uomo (Carli, 1990; Carli, 2016; Carli, 2019; Carli, 2020; Carli & Paniccia, 2003). Eravamo perciò interessati a cogliere sperimentalmente i vissuti evocati nelle persone dalla pandemia, e quali fatti potevano essere "costruiti" da tali vissuti. Pensavamo, anche, che la ricerca ci poteva permettere di intervenire nella situazione pandemica, proponendo una condivisione di senso nei confronti di un'esperienza fortemente disorientante. Volevamo capire meglio quale fosse la dimensione relazionale inaspettata, inedita, per certi versi sconcertante, determinata dalla crisi pandemica. Vediamo su quali premesse si poteva istituire la nuova modalità di relazione indotta dalla pandemia.

Viviamo un'epoca individualista: la cultura prevalente - nel mondo a economia avanzata, dove l'assetto finanziario prevale sulla cosiddetta economia reale - sembra ruotare attorno all'ipotesi che ognuno pensi a sé, senza solidarietà e senza attenzione al rapporto con l'altro. Lo si nota nelle relazioni private. Ma è presente anche nell'ambito scientifico, nella politica, nel lavoro e nelle organizzazioni più in generale, nel rapporto tra stati o tra popolazioni. L'individualismo porta con sé il razzismo, il pregiudizio di genere, l'emarginazione della povertà locale, nazionale, mondiale, la violenza quale arma del potere, il declino della partecipazione in politica, nella cultura, nella religione, la corruzione attesa e agita in molti ambiti della convivenza.

La cultura individualista, per altro, è possibile ove esiste un'efficace funzionalità nei servizi e la rispondenza del contesto organizzativo alle attese di chi, a quel contesto, appartiene. Ci si aspetta che i servizi funzionino, che gli elementi fondanti il benessere siano a disposizione. L'individualismo si realizza nella relazione con l'amico. Con il nemico, come vedremo, le cose sono più chiare, fondate sulla fuga dal nemico o sull'attacco al nemico stesso. Nell'individualismo, di contro, l'amico viene vissuto quale rivale, quale competitore, quale oggetto d'invidia, di gelosia, d'insofferenza, quale ostacolo alla gratificazione narcisistica.

L'individualismo è un modello culturale possibile solo entro un sistema sociale funzionante. Si possono istituire relazioni fondate sul conflitto con l'altro, mostrare attenzione solo a sé calpestando l'altro, irridere le attese di solidarietà, solo se si vive in un contesto ove l'efficienza e l'efficacia organizzative sono date per scontate.

La situazione pandemica ha proposto un rovesciamento drastico di questa "tradizionale" cultura individualista. Con la pandemia, l'individualismo è stato vissuto come necessità, dettata dal rischio del contagio e della morte. Si è configurata una diversa, ambigua, amicalità conflittuale nei confronti dell'altro: da altro con cui competere, ad altro pericoloso. Non si è trattato più di scegliere tra individualismo competitivo o solidarietà; ci siamo ritrovati nell'"obbligo" di considerarci, tutti, potenzialmente pericolosi l'uno per l'altro. Questa potenziale pericolosità ha connotato ogni relazione, sia amica che nemica.

Le prime reazioni alla pandemia sono state, in molti casi, stupidamente coerenti con l'avidità individualista. Si pensi allo svuotare i supermercati, accaparrando beni "fondamentali" quali zucchero, farina etc. O all'incetta

---

<sup>5</sup> Alla data del 17 agosto 2020, i contagiati nel mondo, dall'inizio dell'epidemia, sono 21.549.706 e i decessi sono 767.148.

delle mascherine, carenti sul mercato. Qui la componente stupida del comportamento avido è evidente: chi accumulava mascherine, impedendone la diffusione agli “altri”, rendeva l’altro pericoloso per sé, visto che gran parte delle mascherine – le chirurgiche – sono “altruiste”, mettendo al riparo l’altro dal potenziale contagio di chi le indossa. Presto, sull’altro con cui competere è prevalso l’altro pericoloso. Tutti erano diventati potenziali fonti di contagio, anche i più prossimi, i più amici. L’unico modo per proteggersi era evitare ogni rapporto.

Nell’individualismo avido ed egocentrico, la fantasia individualista è ostile alla stessa esistenza dell’altro, quale ostacolo alle proprie pretese: farsi servire per primi in un ristorante affollato, “saltare la fila” al botteghino di un teatro. L’altro è un nemico che si può aggredire perché il contesto – comunque – funziona. Si può ottenere un servizio al proprio tavolo, non rispettando le priorità, perché il ristorante comunque servirà i pasti; si può saltare la fila al botteghino perché, comunque, lo spettacolo andrà in scena, e così via.

Nella pandemia l’individualismo prende tutti: i ristoranti si svuotano, i teatri serrano i battenti. Tutti si chiudono in casa per evitare contatti con l’altro e il contesto – per i servizi non essenziali – smette di funzionare. L’individualismo di tutti crea una situazione “nuova”, per chi è abituato a un’aggressività violenta, prevaricatrice dell’altro vissuto quale ostacolo alla propria pretesa. Agli individualisti violenti la pandemia sottrae le occasioni di agire la violenza contro l’altro: tutti evitano tutti. Il distanziamento, volto a evitare il contagio, diviene anche distanziamento dal conflitto competitivo che attraversava le relazioni sociali. L’assenza di rapporti sottrae occasioni di sopruso, di competitività aggressiva, di sopraffazione. L’altro è – per definizione - un potenziale pericolo per tutti gli altri; ma questo potenziale pericolo non è in relazione con l’egocentrismo individualista. Tutti, in quanto fonte di un possibile contagio, sono potenzialmente pericolosi, “senza volerlo”.

Si realizza una confusa omogeneizzazione dell’“altro” - potenziale pericolo; vanno sullo sfondo le differenze che abitualmente articolano la relazione sociale e le sue “gerarchie”: genere, cultura d’appartenenza, livello culturale, ruolo, colore della pelle, appartenenza religiosa. Si può parlare di una sorta di “democrazia del pericolo”, che si realizza con un livellamento curioso degli “altri”, nel vissuto di tutti.

### ***Una analisi della letteratura***

Ci siamo chiesti come la pandemia sia commentata e simbolizzata nella letteratura, seguendo la traccia dei vissuti e delle culture. È interessante come la storiografia ci rammenti la carenza di materiale prodotto durante le passate pandemie, e la difficoltà di ricostruirne memoria (Bianchi 2020; Gaudillière, Keck, & Rasmussen, 2020; Rosenberg, 1992; Snowden, 2019). Oggi la storia si sente chiamata a dare senso. Ma si scopre in crisi di paradigmi; vengono recuperate le culture (Arisi Rota, 2020; Charters & McKay, 2020). Rovatti (2020) da fine febbraio a inizio maggio scrive un diario. Dice che si scrive e si legge molto sull’esperienza pandemica. Troviamo il diario sul sito di Aut Aut, trasformato in spazio in cui pubblicare “subito” riflessioni di redattori, collaboratori, lettori. Il sito Treccani propone una pagina analoga<sup>6</sup>. Sul web se ne trovano molte. Rovatti (2020) pensa sia inutile spiegare e prescrivere, ignorando l’ignoranza che abbiamo della pandemia; ma che non è vano scrivere per alimentare comunanza. Nelle prime pagine del suo diario c’è speranza di cambiamento: siamo in isolamento non solo per senso civico o per le imposizioni, ma per un inedito senso di comunità; inimicizia e odio sono sospesi, per la prima volta ci sentiamo tutti sulla stessa barca. Più avanti si dice che accadono strane cose: vicinanza e contatto non sono più sovrapponibili, è un cambiamento importante. Il diario termina mettendo in discussione l’“ingenuità” della speranza di una nuova comunanza: abbiamo paura di abbandonare l’isolamento, chissà cosa accadrà, come torneremo a differenziarci.

Le pandemie sono eventi confusi: è difficile resocontarle. Fallisce ogni controllo e programmazione (Silei, 2020); in altri termini, ciò che chiamiamo “razionalità”. Fallisce ogni “routine” emozionale con cui connotiamo la realtà. Per la loro confusione insopportabile, non ricordiamo le pandemie, e non le prevediamo anche se preannunciate. Il mondo vive come inaspettato, un evento previsto. Gli epidemiologi conoscono la ciclicità delle epidemie (Gulisano, 2006), l’OMS nel 2019 aveva avvertito che il mondo stava affrontando una minaccia montante di pandemie, che avrebbero potuto uccidere milioni di persone e rovinare l’economia globale. Aggiungeva che alcune malattie virali ad andamento epidemiologico, come Ebola e Sars, risultavano sempre più difficili da gestire in un mondo dominato da lunghi conflitti, stati fragili e migrazioni forzate. È l’ultimo di una serie di avvertimenti. (Di Cesare, 2020; Griziotti, 2020; Istituto Superiore di Sanità, 2007; World Health Organization, 2007, 2019). Nel 2012 un libro divulgativo, oggi un best seller, aveva parlato dell’inevitabilità di nuove pandemie, anticipando le circostanze da cui la Covid-19 si sarebbe diffusa; raccoglieva dati da tempo noti

---

<sup>6</sup> /www.treccani.it/magazine/atlante/speciali/coronavirus

alla comunità scientifica (Quammen, 2012). Scopriamo pure che nel mondo medico si sa poco dei coronavirus in generale (Schirò, Galvano, & Spicola, 2020).

Il mondo sa di essere minacciato dalle pandemie, ma non le prevede. Anche per questo la risposta medica occidentale alla pandemia – certamente quella italiana – è stata centrata sulla terapia individuale nel contesto ospedaliero, organizzato sull'intensità di cura, la complessità assistenziale, l'acuzie. Si è presto visto che il sistema non reggeva questo tipo di cura (Remuzzi & Remuzzi, 2020). Un altro problema sanitario – e culturale – è stata la pretesa di una risposta univoca, che prescindesse dalle differenze di contesto, da attuare ovunque sul modello dei paesi ricchi del mondo, colpiti per primi. Si è proposta l'ennesima visione “coloniale” della medicina (Davis, 2002). Eppure, nell'attuale pandemia la mortalità nei paesi ricchi è molto più alta che in molti paesi poveri, per un complesso di variabili sia strutturali che culturali. La rilevanza del contesto per le pandemie, lapalissiana, è nota da sempre; ma i decisori internazionali procedono come se non si sapesse (Cash & Patel, 2020). Questo è un esempio della rilevanza delle culture nel produrre “fatti”. Nel “sud del mondo” scarsità di risorse, mancanza di tecnologie avanzate, presenza di malattie infettive, convocano la medicina a pensare prevenzione e cura in termini sistemici e non individualistici. Un esempio è l'Ebola in Sud Africa (Nacoti et al., 2020). In questi interventi, le risorse non sono solo “fatti economici e tecnologici” ma sistemi di significati e di funzionamenti che connotano i tessuti sociali e organizzativi (Fini & Belladonna, 2016). L'OMS riconosce Senegal e Ghana come paesi di eccellenza nel contrasto al virus, per l'adozione di strategie tempestive e creative, che hanno usato efficacemente le risorse disponibili (Foreign Policy, 2020; AMREF Health Africa, 2020; World Health Organization, 2020a). Considerando la pandemia nella sola ottica medica, le risorse sono troppo costose e troppo scarse; lo scenario è disperante. Se la si vede anche come fenomeno sociale, c'è speranza. In Italia abbiamo esperienze di una medicina sociale incentrata sulla conoscenza dei contesti e dei legami comunitari (Cosmacini, 2005; Luzzi, 2004), poi soppiantata dal modello dell'eccellenza sanitaria centrata sull'ospedale. Nel 2016 abbiamo studiato il rapporto tra ospedale e territorio in Italia, focalizzando l'attenzione sulla dialettica tra un modello di cura basato sull'isolamento del malato e la sua restituzione al sistema sociale quando tornato sano, e un modello di cura che si compie presso i contesti di vita della persona, assunti come risorsa centrale per l'intervento (Carli, Paniccia, Caputo et al., 2016; Carli, Paniccia, Dolcetti et al., 2016; Carli, Paniccia, Dolcetti, Policelli et al., 2016).

Le patologie virali hanno sempre avuto un ruolo simbolico, di ridefinizione delle differenze sociali. Preciado (2020), evocando Foucault, sostiene che le società sono definite dalle patologie virali che le minacciano e da come vi fanno fronte. Esposito (1998) fa notare come, in una comunità, differenziare chi è ammalato da chi non lo è, crea gerarchie. Martin (1994) ricorda che l'immunità non è solo biologica: produce sovranità o esclusione, protezione o stigma. Sulla sifilide, dal XVI al XIX secolo, si è basata l'esclusione sociale, patriarcale e coloniale, caratterizzante l'età moderna (Esposito, 1998). In risposta all'AIDS è stata repressa l'omosessualità. La fantasia di immunità del maschio eterosessuale, e l'interiorizzazione dello stigma negli omosessuali, hanno esposto questi ultimi a condotte sessuali rischiose, aumentando i morti (Martin, 1994). Nell'attuale pandemia serpeggia la distinzione conflittuale giovani/vecchi, che si affianca a quella sempre valida ricchi/poveri.

Peraltro l'applicazione dei principi della biopolitica alla contingenza pandemica, senza la mediazione dell'analisi dell'evento specifico, è surreale. L'11 marzo 2020, Agamben (2020) propone un nesso immediato tra contagio e untore, bypassando la malattia: parlare di contagio è aprire la caccia all'untore. Il nostro prossimo è stato abolito, ciascuno diviene un potenziale untore. A suo avviso la “cosiddetta epidemia di coronavirus” sta giustificando eccezionali, illiberali misure di emergenza volte al controllo; misure che “chi ci governa” “da sempre” tenta di realizzare. Noi osserviamo che la coperta del “potere” che manipola e dell'intellettuale che sorveglia è corta: restiamo nel paradigma del controllo, reciproco. Il paradigma del potere e del controllo produce teorie del complotto. Il 10 luglio 2020 si costituisce un comitato di avvocati, medici e scienziati, che considerano la Covid-19 il più grande crimine contro l'umanità della storia. Un video su youtube, tradotto in molte lingue, che propone i motivi della class action internazionale su youtube, viene visto milioni di volte (Sénécat, 2020).

Nelle pandemie tutti, dovunque, sono possibili bersagli del contagio. Siamo confrontati con un organismo altamente virulento, la mancanza di immunizzazione nell'uomo, una trasmissione dilagante. Sono tendenzialmente “democratiche” e sdifferenzianti, ma presto si evidenziano diversità culturali, disuguaglianze, occasioni di controllo. Si ricorda come attuale Foucault, che in Sorvegliare e punire dice che la città appestata, controllata casa per casa, era la città utopica, la perfettamente governata (Klein, 2020). Ma è stato anche detto che ogni grave crisi sanitaria, con la sfiducia che comporta verso i governi, è sempre stata anche crisi politica (Zylberman, 2012). Sedda (2020) analizza le diverse strategie dei governi nell'attuale pandemia. I governi cinese e sudcoreano, con le dovute differenze, hanno privilegiato strategie di controllo centralizzato, con un dirigismo reso possibile da un'idea di popolazione come unicum collettivo. Fumian, studioso della Cina, dice che questo

paese è lodato dall'OMS per l'efficienza nel contenimento del contagio. Aggiungendo: lodata più di altri che lo hanno contenuto in modo meno autoritario, vedi Taiwan. Dice anche che l'efficienza della Cina è l'altra faccia della medaglia: la censura che ha favorito il diffondersi del contagio (Fumian, 2020). Tornando a Sedda: USA, UK e Brasile hanno guardato alla popolazione non come a un collettivo, ma come a una sommatoria di individui. L'UK, quando ha sperato in una immunità senza vaccino, dovuta al dilagare del contagio, ha attuato una politica di "rischio programmato" in cui ha pesato la contraddizione salute/economia: la prima va sacrificata alla seconda. Sedda propone l'analogia tra scommesse sul rischio del mercato finanziario, e scommessa sul rischio del governo. In USA e Brasile hanno prevalso politiche della negazione della pandemia, che hanno finito per "assecondare il virus". Bertolini (2020) collega al negazionismo pure la Cina, ricordando che è stato agito anche in Bielorussia, Nicaragua, Turkmenistan e Corea del Nord. Lo associa alla negazione dell'Olocausto: un avvenimento taciuto non è mai avvenuto: vediamo messa alla prova la tenuta degli ordinamenti democratici (Bertolini, 2020). Sedda ricorda, appunto, che c'è anche l'ipotesi "democratica", fondata su un'interazione tra intenzionalità di governo e governati. Nei Paesi Bassi, ad esempio, si è puntato, tramite appelli morali, sul senso di responsabilità dei cittadini (Kuiper et al., 2020). In Svezia, dice Sedda, si è investito sulla responsabilizzazione della cittadinanza. Mentre in Italia è stata fatta opera di convincimento, con un susseguirsi di direttive spesso caotiche di governo, esperti, media, e comportamenti imprevisi o reattivi dei governati. Noi aggiungiamo che c'è però stata un'adesione al lockdown. I nostri dati, come vedremo, ne permettono un'interessante ipotesi, diversa dal farsi manipolare. Ricordiamo che Sedda, e in genere gli Autori che si occupano di dinamiche sociali, ha in mente soprattutto strategie. Manca un modello della relazione sociale diverso dal potere.

Resta l'interesse di ipotesi che strappano la pandemia alla lettura sanitaria, strabordante e disperante nel suo riferimento unico all'individuo gravemente malato, rimettendo in gioco relazioni e contesti. Emerge, anche in questa letteratura, la confusione tra fatti e vissuti, cui consegue la perdita del senso simbolico degli eventi, continuamente organizzati da vissuti. Pensiamo alle mascherine in Italia, agli infiniti va e vieni sulla loro utilità anche tra gli epidemiologi, nell'OMS; va e vieni influenzato da molti fattori, non solo dagli studi sul loro uso. La loro variegata simbolizzazione è sintomatica della simbolizzazione dell'evento pandemia. C'è chi le utilizza ritualmente, senza attenzione all'efficacia; chi le rifiuta perché strumenti di controllo sociale; chi le pensa fonti di patologie più gravi della Covid-19. Chi non le mette, perché lo fanno solo i paurosi (non è raro incontrare coppie dove la indossa solo la donna). Eccetera.

Con il lockdown, nel mondo del lavoro l'uso di internet è enormemente aumentato. Teniamo presente che il telelavoro è noto fin dagli anni Cinquanta, ma non ha attecchito; forse perché si fa a casa propria quello che si farebbe nel luogo di lavoro. Comodità e rispetto dell'ambiente non sono state motivazioni sufficienti. Quanto agli smart worker, nel 2018 in Italia erano pochissimi. Smart work significava lavoro flessibile, per obiettivi, integrato da internet. Lo smart work comporta un cambio di cultura: dagli adempimenti agli obiettivi, dal controllo alla verifica (Politecnico di Milano, 2018). Ciò che oggi si chiama così spesso non è quello, ma ha molti significati da studiare (Rinaldi, 2020). Solo alcune grandi aziende, e in piccola parte, nel 2018 adottavano lo smart working. Pubblica amministrazione e piccole medie imprese erano recalcitranti all'uso di internet per lavoro, in ogni forma (Politecnico di Milano, 2018). In tempi di pandemia ci siamo occupati delle simbolizzazioni di internet, ritenendole centrali. Il paese arrivava al lockdown con una cultura molto lontana dall'usarlo in modo non individualistico e non nel "tempo libero", erano insistenti fantasie sui pericoli e sui danni della rete (Paniccchia, 2020). Oggi, sui siti dedicati al mondo delle aziende ci si rimprovera del ritardo (Bucci et al., 2020; Livelli, 2020). Tra le misure del Governo sull'emergenza, si susseguono decreti (1 marzo, 26 aprile, 19 maggio 2020) sul lavoro a distanza, fortemente raccomandato<sup>7</sup>. A marzo 2020, il Politecnico torna a occuparsi della questione (Corso, 2020). Si dice che molti non stanno sperimentando lo smart working, ma una versione forzata di telelavoro, vincolati allo stare a casa. Le aziende e le PA che, per resistenze culturali, avevano rifiutato il cambiamento si scoprono fragili nell'emergenza. Molte obbligano le persone alla presenza, esponendole a rischi. Altre si fermano, forzando le persone a ferie o permessi, o ricorrendo alla cassa integrazione. Moltissime improvvisano lo smart working, senza averne le competenze. Nello smart working si passa da un management orientato al presenzialismo e al controllo, a uno orientato alla flessibilità e alla delega. La mancanza di competenze si riflette in senso di isolamento, difficoltà a disconnettersi e a mantenere un equilibrio tra vita privata e professionale. Ma molti imparano a usare strumenti di collaborazione innovativi, e molti scettici si rendono conto delle attività possibili da remoto; al tempo stesso, apprezziamo situazioni in presenza che davamo per scontate. Sul The Wall Street Journal si susseguono articoli su grandi aziende americane che non torneranno indietro: si lavorerà a distanza, si abbandonano grandi edifici dedicati agli uffici; molti gli interrogativi su quanto

---

<sup>7</sup> <https://www.lavoro.gov.it/strumenti-e-servizi/smart-working/Pagine/default.aspx>

questo cambierà la vita delle persone e dei quartieri, sia residenziali che fatti di uffici (Bindley, 2020; Mattioli & Putzier, 2020; Foldy & Colias, 2020).

In SPS abbiamo partecipato da vicino a tali questioni. Sia come scuola, che nei lavori e tirocini di allievi, docenti e specialisti. Abbiamo ritenuto che produrre letteratura su cosa stesse accadendo durante il lockdown fosse importante<sup>8</sup>. Sulla DAD (didattica a distanza) c'è la testimonianza di un'insegnante di scuola superiore. Vi ritroviamo questioni analizzate nelle esperienze SPS con il contesto scolastico: si scontrano tradizioni obsolete ed eventi inediti e innovativi. L'insegnante ha allievi in prevalenza maggiorenni. Eppure, le preoccupazioni vertono sulla mancanza di controllo che la DAD comporta. Gli allievi non sono sotto gli occhi dell'insegnante, non si sa se copiano, se sono attenti. Certo, almeno non parlano tra loro, disturbando. Al tempo stesso, emergono novità rilevanti: le piattaforme destrutturano la gerarchia, chiunque prenda la parola "conta" quanto chiunque altro; gli studenti si ritrovano in gruppi "spontanei" a lavorare insieme, sono molto produttivi e integrano meglio le differenze al loro interno, anche quelle dei diagnosticati (Parisi, 2020). Il rischio è che le novità non vengano colte, e vengano rimosse con la fine dell'emergenza. Il Censis (2020) pubblica un rapporto dal titolo significativo: "La scuola e i suoi esclusi"; troppi alunni non sono stati raggiunti dalla DAD, per le più varie ragioni: dalla loro assenza, a quella degli insegnanti; motivi strutturali e culturali si sommano; il dato si può attribuire al noto ritardo della scuola, non solo tecnologico, sulle metodologie formative (Panicia et al., 2019). Anche un altro rapporto denuncia l'esclusione dalla DAD di allievi italiani già a rischio di emarginazione (Save the Children, 2020). Un'indagine internazionale sull'istruzione superiore dice che le riposte alla pandemia sono le più varie: dall'assenza di risposta, alla creazione di inedite offerte formative (Crawford, 2020). Entro comparazioni internazionali, il blocco delle scuole desta preoccupazioni per il sistema economico e per perdite irrecuperabili nella formazione (The Lancet Child Adolescent Health, 2020; United Nations Development Programme, 2020). Spesso ci si schiaccia sulle preoccupazioni: l'ingiustizia del digital divide, il business sotteso all'offerta gratuita di piattaforme nel periodo pandemico (Williamson et al., 2020).

Riassumendo sull'uso di internet nel mondo produttivo e dei servizi: scriviamo nel post lockdown, le differenze culturali si evidenziano. Molte organizzazioni che avrebbero potuto continuare on line, specie nella pubblica amministrazione, hanno ripreso in presenza, mentre i contagi sono in allarmante crescita; altre hanno scoperto come vantaggioso il lavoro a distanza. La differenza sembra attribuibile alla presenza di una cultura per adempimenti o per obiettivi.

La contraddizione tra salute ed economia non è un inedito; oggi è imperante. Le pandemie la esasperano. Si ricordano le radici del conflitto tra strategie protezioniste e liberiste, ovvero a tutela delle attività economiche, nelle epidemie di colera ottocentesche (Cea, 2020). Nel 2017, Klein diceva che la sanità non era più al centro delle strategie dei governi. Non appariva più un potente strumento di governance, come era stata a lungo. Era diventata soprattutto un peso economico, se non un ostacolo da eliminare (Klein, 2017). Oggi si ipotizza che l'attuale crisi delle politiche economiche potrebbe invertire la tendenza dei governi: dal guardare ai pubblici servizi come debito, al considerarli come un investimento (Santangelo, 2020). Si vedono le cause della pandemia non solo nel degrado ambientale e nei diminuiti investimenti sulla sanità, ma anche – in modo rilevante – sulle politiche neoliberali e sulla interconnessione globale, finanziaria e produttiva, che al verificarsi di ogni crisi economica innesca un effetto domino da cui nessuno si salva. Si afferma che l'attuale pandemia non ha nulla della "catastrofe naturale". (Butler & Athanasiou, 2013; Coveri, Cozza, & Nascia, 2020; Maronta, 2020; Stein, 2020). Nel frattempo cresce inesorabile la forbice tra ricchi e poveri. Il report Billionaires Insights (Ubs & Pwc, 2020<sup>9</sup>) dice che dal 2018 cresce la ricchezza di alcuni imprenditori nei settori tecnologico, sanitario e industriale e che la Covid-19 accelera la tendenza. Si afferma che la crisi attuale è peggiore di quella del 2008; ricordando quella crisi, potremmo riassumere: si conferma che l'economia non solo non ha modelli previsionali, ma soprattutto non sa apprendere dalle sue crisi.

Nel Novecento emerge una teoria sulla paura collettiva, o panico, per cui, nelle catastrofi, la civiltà si sarebbe rivelata una sottile membrana sopra gli istinti primitivi, che sarebbero emersi facendo collassare le strutture sociali. Si sviluppa una cultura del controllo, con il contributo delle discipline ingegneristiche (gestione degli spazi e dei movimenti) e psicologiche (gestione delle menti). Soprattutto dopo l'attacco al World Trade Center

---

<sup>8</sup> Nel volume VIII del numero 1-2020 di Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, una rivista dedicata che si occupa dei problemi attuali dell'intervento psicologico in Italia nei più vari contesti, sono dedicati alla questione vari contributi (Arienzo et al., 2020; Amicosante et al., 2020; Ponzetti & Valentini, 2020). L'Editoriale parla di intervento psicologico in ospedale entro l'emergenza Covid-19 (Fini, 2020).

<sup>9</sup> UBS, Unione di Banche Svizzere, è una società di servizi finanziari; PricewaterhouseCoopers, Pwc un network internazionale di servizi di consulenza.

del 2001, si struttura una “società del trauma”, che richiede consulenza psicologica per i singoli traumatizzati (Burke, 2015). Le persone che vivono la catastrofe sono sommatorie di individui, non c’è comunicazione ma informazione a una via, non ci sono relazione e contesto condiviso.

Ritroviamo questa impostazione nella salute mentale. È sintomatico l’editoriale di *Depression & Anxiety*, maggio 2020. La pandemia devasta il mondo: malati, curanti, familiari, amici, disoccupati sono nella tragedia; poi ci siamo “noi”, a bordocampo “from the sidelines” (si costituisce il loro dei malati e degli emarginati, e il noi dei sani e salvi; tra questi ultimi, gli operatori della salute mentale). Noi della salute mentale – secondo l’editoriale – ci siamo attivamente mobilitati nei servizi, per assistere le persone in difficoltà speciale. Cosa fare di più? Non siamo esperti di contagi, ma sappiamo qualcosa di stress, di *decatrophization*, dei benefici del sonno, dei danni del troppo alcol; condividiamo questi saperi con chi ci è vicino (Stein, 2020). La pandemia concerne tutti, ma gli operatori della salute mentale si mettono in un illusorio bordocampo, a dare consigli; gli abituali, gli stessi consigli che davano anche prima. Non c’è una lettura del disorientamento emozionale, collettivo e specifico, che questa pandemia comporta. Questa posizione è diffusa anche tra gli psicologi. A marzo 2020 il Consiglio Nazionale dell’Ordine degli Psicologi (CNOP), in Italia, dopo essersi messo a disposizione della Protezione Civile e – per la gestione della comunicazione – del Presidente del Consiglio e del Ministro della Salute, dichiara il proprio paradigma: “Il problema oggettivo del “coronavirus” diventa problema soggettivo in relazione al vissuto psicologico, alle emozioni e paure che il tema suscita nelle diverse persone”. Proseguendo nella lettura, si vede come gli psicologi dovrebbero intervenire su emozioni che sono reazioni, delle singole persone, ai fatti. Si possono avere percezioni distorte del rischio, che sfociano nel panico e in reazioni non razionali. Il correttivo è affidarsi alle comunicazioni delle autorità. Il timore è normale, ma l’angoscia è controproducente per sé e per gli altri. Lo psicologo aiuta, chi è in particolare difficoltà, a conformarsi a tali buone pratiche; le persone devono sentirsi serene (sic) nel chiedergli aiuto (CNOP, 2020a). Il 26 febbraio 2020 il CNOP pubblica il “Vademecum psicologico coronavirus per i cittadini: Perché le paure possono diventare panico e come proteggersi con comportamenti adeguati, con pensieri corretti e emozioni fondate”, di cui basta riportare il titolo (CNOP, 2020b). Nel mondo “psi” si tende a voler mantenere un’asimmetria tecnico/profano. Anche se lo “psi” sembra “armato” solo di senso comune a cui aggiungere in qualche caso il rispetto delle autorità, e si propone mete impossibili come i pensieri corretti. Si nega la condivisione del disorientamento pandemico: la pandemia è trauma per profani, emozionalmente fragili. Si crea una fobia specifica, la *coronaphobia* (Asmundson & Taylor, 2020). Come si caratterizza? Paura della morte e della malattia, incertezza incontenibile, necessità di nuove pratiche di evitamento sociale, perdita di fiducia nella sanità, sconcerto nel vedere l’ammalarsi di capi stato, infodemia; tutto questo interferisce con le routine abituali (Arora et al., 2020). Non si vede in cosa sia specifica dell’attuale pandemia. Per la specificità dovremmo tornare all’esperienza emozionale contingente, condivisa – da tutti – e contestualizzata. Ci sono tentativi, davvero difficili, di provare sperimentalmente quanto la *coronaphobia* sia “univocamente” responsabile del disagio provato durante la pandemia (Lee et al., 2020). Gli articoli sulla *coronaphobia* sono numerosi e ripetitivi, nell’intento di trasformare il vissuto delle persone in una semeiotica che permetta diagnosi. L’infodemia è segnalata come problema centrale dall’OMS, che a giugno 2020 organizza la prima conferenza mondiale sull’infodemiologia, scienza per la gestione delle infodemie, ovvero della cattiva informazione e della disinformazione. L’infodemia, si afferma, non si può eliminare, ma si può gestire con pratiche basate sull’evidenza (World Health Organization, 2020b). L’OMS sviluppa training online per valutare le reazioni emotive disadatte e definire quelle adatte ad affrontare la vicenda Covid-19 (Ghebreyesus, 2020; Lee, 2020; Riva & Wiederhold, 2020; Wiederhold, 2020). Entro una cultura del controllo, ci si preoccupa per gli effetti indesiderati – aumento di comportamenti rischiosi – della comunicazione mediatica globale, anche su persone non esposte a rischio diretto (Garfin, Silver, & Holma, 2020). Nella ricerca di una semeiotica diagnostica individualistica e acontestuale, che ripristini il rapporto tecnico- profano, la letteratura “psi” sulla Covid-19 prolifera.

I sociologi parlano, a proposito della risposta al virus da parte dell’umanità intera, di una “nuova costruzione sociale”, anche se poi è difficile ritrovare categorie in grado di dare un senso alla “novità” dei sistemi di convivenza indotti dal convivere con il virus.

Mario Draghi, nell’agosto 2020 al meeting di Comunione e Liberazione, dice: “Il distanziamento sociale è una necessità e una responsabilità collettiva. Ma è fondamentalmente innaturale per le nostre società che vivono sullo scambio, sulla comunicazione interpersonale e sulla condivisione.” (Draghi, 2020, para. 7).

Da più parti si mette in relazione la pandemia con i cambiamenti indotti dall’uomo nell’ecosistema.

Jean-Paul Gaudillière, Frédéric Keck, Anne Rasmussen dicono in proposito:

Un virus, in effetti, non è che un frammento d'informazione che cerca di replicarsi, entrando nelle cellule. Lo sforzo degli uomini consiste nel costruire dei dispositivi volti a catturare questa informazione, evitandole di distruggere gli organismi che la accolgono. Come dice l'antropologo David Napier, il sistema immunitario è un motore di ricerca che cerca nella sua memoria l'informazione precedente capace di rispondere a una nuova informazione. Il fine della campagna mondiale di lotta alla pandemia non consiste, dunque, nel distruggere questo nuovo virus ma di apprendere a vivere con lui.

Non è evidentemente un caso se le "prove" portate a sostegno dell'ipotesi che il virus sia una costruzione genetica sfuggita a qualche laboratorio, rientrano nell'ambito della proprietà intellettuale: la moltiplicazione dei brevetti sui geni, le cellule, gli animali modificati è stata, dalla fine degli anni '80, l'occasione per trasformare in "invenzione", in "creazione" ogni attività dei biologi.

Se si può accettare che l'agente del Covid-19 non è stato costruito in tal modo, si deve comunque lasciare aperta la questione circa la sua origine umana, vale a dire la questione dei legami tra il suo apparire quale agente patogeno e la trasformazione, indotta dalle attività umane, degli ecosistemi. Quali sono le connessioni tra l'agricoltura industriale, l'urbanizzazione massiccia, i consumi alimentari, l'intensificazione nella circolazione di beni e di persone tramite il trasporto aereo e l'emergenza di nuovi coronavirus? Lo scenario circa una moltiplicazione delle relazioni, non ha nulla d'originale. Era, ad esempio, già al centro delle riflessioni della medicina tropicale concernenti il brutale aumento della malattia del sonno in Africa, nel corso della colonizzazione all'inizio del XX secolo; l'intensa attività di raccolta del caoutchouc da parte dei condannati ai lavori forzati e l'apertura di nuove vie di comunicazione hanno consentito alla mosca tsé-tsé una rapida propagazione (Gaudillière, Keck, & Rasmussen, 2020, para. 3-5, traduzione nostra).

Draghi, nel suo intervento prima ricordato, afferma:

La protezione dell'ambiente, con la riconversione delle nostre industrie e dei nostri stili di vita, è considerata – dal 75% delle persone nei 16 maggiori Paesi – al primo posto nella risposta dei governi a quello che è il più grande disastro sanitario dei nostri tempi. La digitalizzazione, imposta dal cambiamento delle nostre abitudini di lavoro, accelerata dalla pandemia, è destinata a rimanere una caratteristica permanente delle nostre società. È divenuta necessità: si pensi che negli Stati Uniti la stima di uno spostamento permanente del lavoro dagli uffici alle abitazioni è oggi del 20% del totale dei giorni lavorati (Draghi, 2020, para. 10).

Vediamo ora i dati di ricerca e la loro analisi.

## ***Parte seconda: Obiettivi, metodologia, risultati***

### ***Obiettivi***

Ci è sembrato importante rilevare sperimentalmente, e analizzare con le nostre categorie di ricerca, i vissuti delle persone che si sono confrontate con la pandemia, nel lockdown e nel periodo subito precedente. I nostri punti di osservazione, gli interventi che SPS conduce nei più vari contesti, dalle psicoterapie individuali agli interventi condotti presso università, scuola, mondo del lavoro, servizi sociosanitari, servizi di salute mentale, famiglie, ma anche la considerazione dei vissuti che potevamo rilevare nello stesso SPS, tutto questo ci diceva, nel destrutturarsi delle routine in tutti i contesti, nel disorientamento generale, che era importante creare un setting di riflessione su quanto andava verificandosi. Abbiamo pensato che la ricerca poteva esserlo: per noi, per le persone che avremmo implicato, per quelle che avremmo potuto coinvolgere anche in seguito.

### ***Metodologia***

#### ***L'Analisi Emozionale del Testo (AET)***

Per "ascoltare" quanto le persone avevano da dire sulla loro esperienza circa la pandemia, abbiamo realizzato delle interviste individuali e dei focus group. I focus group, di quattro o cinque persone, ci interessavano perché potevamo raccogliere i vissuti non solo di chi raccontava individualmente la propria esperienza, ma anche di chi ne parlava confrontando la propria risposta emozionale con quella di altri. Abbiamo registrato sia le verbalizzazioni dei singoli intervistati che le discussioni dei focus group, e le abbiamo trascritte creando un unico corpus da sottoporre ad analisi. Il corpus è stato trattato con l'Analisi Emozionale del Testo (Carli, 2018; Carli & Paniccia, 2002; Carli, Paniccia, Giovagnoli, Bucci, & Carbone, 2016). L'AET ipotizza che le emozioni,

esprese nel linguaggio, siano il principale organizzatore della relazione. Di conseguenza non si analizzano sequenze discorsive, ma gli incontri – entro segmenti di testo – di parole dense: parole dotate di un massimo di densità emozionale e di un minimo di ambiguità di senso. Il ricercatore, supportato da un programma informatico, ottenuto un vocabolario completo del corpus, sceglie le sole parole dense. Messa in ascissa i segmenti di testo e in ordinata le parole dense, attraverso l'analisi fattoriale delle corrispondenze multiple e l'analisi dei cluster si ottengono cluster di parole dense entro uno spazio fattoriale. L'interpretazione è retta dall'ipotesi che la co-occorrenza di parole dense entro i segmenti di testo, evidenzia il processo collusivo espresso dal testo. L'interazione tra parole dense, a partire dalla più centrale nel cluster, riduce la loro polisemia, perseguendo una acquisizione del senso emozionale del cluster. Si considera, inoltre, la relazione dei cluster entro lo spazio fattoriale, giungendo alla lettura della dinamica collusiva che connota il tema in oggetto. Infine, è rilevante – per l'interpretazione – considerare il contesto della ricerca, la sua committenza.

### *Istituzione della ricerca e domanda stimolo*

Tra le persone interpellate c'era un contesto condiviso: l'essere tutti nella situazione di lockdown o in quella subito precedente. La particolarità di questa ricerca è che questa volta, e con più chiarezza di altre volte, il contesto della ricerca stessa è condiviso anche da SPS: anche noi di SPS siamo nella situazione di pandemia degli interpellati. C'è quindi un contesto condiviso, la pandemia, e un'organizzazione condivisa: la ricerca stessa. Chi ha fatto le interviste o condotto un focus, ha sostenuto un ruolo organizzativo: ha comunicato agli interpellati perché l'agenzia che promuove la ricerca – SPS – è interessata alla ricerca stessa e quali obiettivi persegue, nell'ipotesi che possano essere condivisi. Chi ha fatto le interviste o i focus, è stato formato a reperire persone coinvolte nel problema e a motivarle alla ricerca; quindi, a porre una sola domanda e a sostenere il processo associativo degli interpellati senza interromperli. La domanda, d'altro canto, non è una domanda. Si tratta di indicare all'intervistato tre parametri importanti: chi è che propone l'intervista; che ruolo pensa abbia l'altro che sta intervistando; perché lo intervista. Gli intervistati parleranno in risposta a questo invito, non a "una domanda". È la capacità di assumere questa funzione organizzativa da parte dell'intervistatore o del conduttore, che produce l'intervista o l'interazione del focus. Se – come in questo caso – l'intervistato o i partecipanti ai focus non condividono con gli altri interpellati nessun altro contesto organizzativo, l'intervista può essere la principale forma di restituzione. È una restituzione, in quanto propone un'occasione di pensiero, condivisa con un interlocutore interessato, sulla propria esperienza. I nostri partecipanti potranno anche consultare questo rapporto di ricerca facilmente accessibile in rete, proposto nel mese di novembre 2020 sul sito di SPS, e a dicembre 2020 sulla Rivista di Psicologia Clinica on line. Inoltre, anche grazie all'esperienza pandemica, che ha reso più familiare l'incontrarsi tramite internet, proporremo - a chi sarà interessato - piccoli gruppi di discussione sui dati. Come abbiamo detto, lo stimolo offerto alle persone interpellate è stato sempre lo stesso: un'unica "domanda", uguale sia per le interviste che per i focus group. Anche la relazione proposta era standardizzata. Dopo la domanda stimolo, l'intervistatore o il conduttore del gruppo hanno limitato l'interazione all'espressione del loro interesse per quanto dicevano le persone; solo nel caso delle interviste, l'intervistatore interveniva ripetendo in modo interlocutorio le ultime parole dette dall'intervistato, ove un prolungato silenzio facesse supporre una conclusione precoce dell'intervista, la cui durata prevista era di mezz'ora; la durata prevista per i gruppi era di un'ora. Riportiamo la "domanda stimolo", proposta a tutti gli intervistati e a tutti i partecipanti ai focus group. La formulazione è quella dell'intervista. Per i focus group l'adattamento è stato limitato allo stretto indispensabile (siamo molto interessati a quanto voi ci potrete dire etc.).

*Faccio parte di un gruppo di ricerca organizzato da SPS, una scuola di psicoterapia psicoanalitica che si occupa non solo di psicoterapie individuali, ma anche di interventi in molti contesti, dalle famiglie, alla scuola, ai servizi sociosanitari, alle organizzazioni produttive. SPS è interessata a capire le emozioni evocate dalla vicenda coronavirus. Stiamo perciò conducendo un'indagine sugli "stati d'animo", sui "vissuti" evocati, nelle persone, dal coronavirus. Stiamo intervistando persone in Italia, e alcuni italiani in Europa. Siamo molto interessati a quanto lei ci potrà dire in proposito. L'intervista è anonima; verrà registrata, trascritta, messa insieme alle altre interviste e analizzata tramite un programma informatico. I risultati saranno a disposizione di chi ha partecipato. Possiamo cominciare: mi dica tutto quello che le viene alla mente, pensando al coronavirus.*



## Gruppo degli intervistati

Dall'1 marzo al 5 maggio 2020 abbiamo condotto 331 interviste e 23 focus group. Il totale di chi ha partecipato ai focus group è di 88 persone. Il totale dei partecipanti alla ricerca è di 419 persone.

Le caratteristiche dei partecipanti sono riportate nella seguente tabella.

Tabella 1. *Caratteristiche del gruppo degli intervistati (n=419)*

Sesso			
<i>femmine</i>		<i>maschi</i>	
233 (55,4%)		186 (44,6%)	
Età			
<i>&lt;=29 anni</i>	<i>30-49 anni</i>	<i>50-69 anni</i>	<i>=&gt;70 anni</i>
99 (23,7%)	204 (48,6%)	78 (18,6%)	38 (9,1%)
Luogo			
<i>nord Italia</i>	<i>centro Italia</i>	<i>sud Italia e isole</i>	<i>Estero</i>
63 (15,0%)	228 (54,4%)	76 (18,1%)	52 (12,4%)
Grande o piccolo centro			
<i>grande</i>		<i>piccolo</i>	
244 (58,1%)		175 (41,9%)	
Periodo			
<i>pre lockdown*</i>	<i>lockdown**</i>	<i>prima estensione***</i>	<i>seconda estensione****</i>
1 – 8 marzo	9 marzo – 31 marzo	1 aprile – 9 aprile	10 aprile – 5 maggio
50 (12,0%)	232 (55,5%)	42 (9,8%)	95 (22,7%)
Strumento			
<i>interviste</i>		<i>focus group</i>	
331 (79,0%)		23 (21,0%)	

\* Periodo che prece la comunicazione del lockdown

\*\* Dalla comunicazione del lockdown al giorno precedente la sua prima estensione

\*\*\* Dal giorno in cui viene comunicata la prima estensione del lockdown al giorno in cui viene comunicata una seconda

\*\*\*\* Dall'inizio della seconda estensione al 5 maggio

Il testo è stato suddiviso dal programma informatico in Unità Elementari di Testo: quelle utilizzate per l'analisi sono state 2939 (98,66%) sul totale di 2.979. Il testo analizzato è composto da 1.166 pagine, 877.655 parole, 5.114.368 caratteri (spazi inclusi).

## Risultati

L'analisi ha consentito di individuare il seguente spazio fattoriale, caratterizzato da cinque cluster di parole dense.

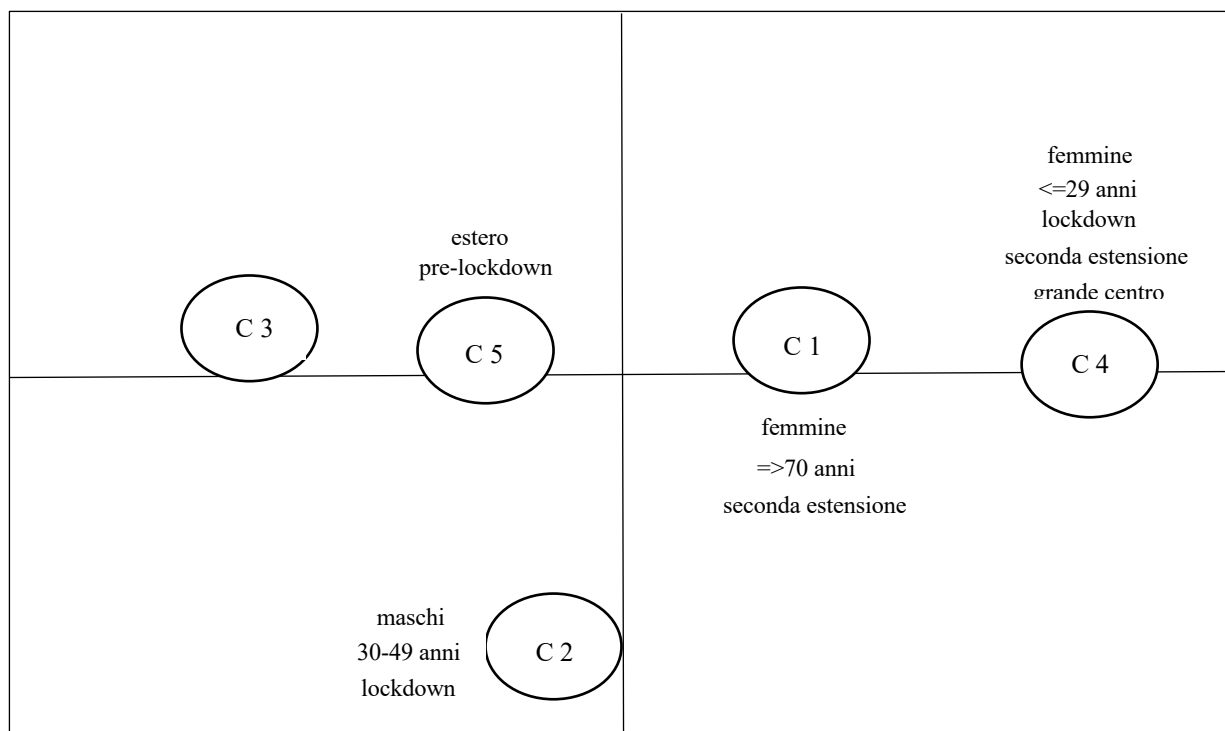


Figura 1. Piano fattoriale

Vediamo la relazione tra cluster e fattori per situare i cluster di parole dense entro i fattori stessi. In grassetto sono riportati i valori significativi che segnano l'appartenenza dei cluster ai fattori.

Tabella 2. Rapporto tra cluster e fattori

	F1	F2	F3	F4
Cluster 1	0.3712	0.1868	0.0645	<b>0.4306</b>
Cluster 2	-0.2319	<b>-0.8088</b>	0.0553	0.1043
Cluster 3	<b>-0.5559</b>	0.2787	<b>0.4230</b>	-0.1642
Cluster 4	<b>0.6930</b>	-0.0399	0.0039	<b>-0.4885</b>
Cluster 5	-0.3808	0.1753	<b>-0.5882</b>	-0.0540

Come si vede:

- sul primo fattore si situano i cluster 3 e 4;
- sul secondo fattore si situa il cluster 2;
- sul terzo fattore si situano i cluster 3 e 5;
- sul quarto fattore si situano i cluster 1 e 4.

Vediamo ora la reazione tra i cluster e le variabili illustrative. In tabella vengono riportate solo le variabili che hanno avuto un rapporto significativo con almeno un cluster.

Tabella 3. Relazione tra cluster e variabili illustrative

Variabili Illustrative	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5
<b>Sesso</b>					
<i>maschi</i>		44.417			
<i>femmine</i>	9.51			18.824	
<b>Età</b>					

<= 29			28.095
30-49		10.786	
50-69			
=>70		13.927	
<b>Area</b>			
nord			
centro			
sud			
estero			4.417
<b>Piccolo/grande centro</b>			
piccolo			
grande			19.697
<b>Periodo</b>			
pre lockdown: 1-8 marzo			67.924
lockdown: 9-31 marzo		4.493	4.505
prima estensione: 1-9 aprile			
seconda estensione: 10 aprile-5 maggio	25.485		5.607

Nella seguente tabella riportiamo i cluster di parole in ordine decrescente di Chi2

Tabella 4. Cluster di parole dense in ordine di Chi-quadro

Cluster 1 Chi2/parola		Cluster 2 Chi2/parola		Cluster 3 Chi2/parola		Cluster 4 Chi2/parola		Cluster 5 Chi2/parola	
319.867	genitori	695.692	politica	548.19	ospedale	309.906	videochiamata	322.545	influenza
300.157	famiglia	327.901	sistema sanitario	415.991	tampone	255.18	gruppo	317.609	contagiare
281.887	figlio	249.241	governo	312.814	medico	235.664	film	180.733	starnutire
246.193	mamma	193.315	epidemia	206.171	proteggere	190.746	divertire	150.224	lavare
188.648	papà	181.949	economia	181.937	terapia intens.	190.174	whatsapp	149.588	allarmare
155.975	bambini	162.385	futuro	161.359	respirare	168.54	skype	141.47	pericolo
129.735	ragazzi	113.909	emergenza	134.458	reparto	144.392	cucinare	137.777	mascherina
120.821	amici	94.438	democrazia	131.495	immunizzare	134.953	balcone	118.091	sintomi
102.129	fortuna	82.228	incertezza	126.507	rianimazione	130.439	amici	110.677	tossire
95.335	nonni	69.478	guadagnare	126.065	ricoverare	127.558	chiacchierare	106.487	asintomatici
83.76	solitudine	68.406	globalizzazione	123.626	morire	113.282	allenare	99.447	panico
83.016	convivenza	66.978	cittadini	118.323	cura	105.738	musica	76.79	infettare
59.263	adolescenti	59.878	Salvini	111.784	rischio	105.076	cantare	68.962	scientifico
57.631	costringere	53.291	giudicare	109.434	infermiere	102.115	noia	64.66	supermercato
52.883	parco	47.106	solidarietà	103.849	infettare	91.615	creativo	56.541	guanti
52.005	adulti	45.454	globale	95.797	vaccino	86.134	progetti	55.235	disinfettare
50.991	quarantena	45.238	dimenticare	95.13	giovane	85.799	telefono	53.16	diffondere
41.423	forzare	44.333	capitalismo	85.044	assistenza	82.633	mangiare	53.067	psicosi
41.197	passaggiare	39.762	mentire	70.384	mascherare	74.711	professore	51.899	igiene
38.91	telefono	38.949	occidentale	68.338	chirurgici	72.916	laurea	50.143	ansia
38.304	rabbia	38.612	medico	67.033	intubare	69.966	università	49.957	precauzioni
34.216	asilo	38.004	drammatico	66.758	cardiaco	68.429	palestra	49.442	raffreddore
34.16	Pasqua	36.675	donazioni	59.059	salvare	64.564	computer	48.409	aerea
33.978	autonomia	36.675	pipistrelli	55.836	anticorpi	61.564	videolezioni	36.754	peste
33.728	soffrire	36.084	imprenditore	55.379	camice	60.98	maestra	36.456	bloccare
33.596	generazione	33.916	istituzioni	55.1	Covid	58.794	distrarre	35.625	colpa
32.407	insegnante	32.218	finanza	51.61	decessi	57.775	stanchezza	34.307	febbre
31.426	compleanno	31.308	affidare	46.402	anziani	57.426	finestra	33.213	prevenzione
30.292	mare	31.036	Trump	45.666	ventilazione	56.452	digitale	32.259	ipocondria
29.595	alumni	30.698	immaginare	45.315	guarire	56.452	passione	29.79	decreto
29.573	amare	29.952	fame	44.474	contagiare	56.395	ballare	29.342	aeroporto
29.463	emozioni	29.702	risolvere	40.971	farmaci	56.065	normalità	29.243	incontrollabile
28.396	terrazza	29.702	sciopero	40.121	grave	53.983	concerti	28.731	nemico
27.073	sfogo	29.702	welfare	39.589	clinica	53.862	didattica	28.431	termometro
24.883	coppia	29.324	ignoranza	37.015	antibiotici	52.808	tempo libero	25.465	malattia
23.084	fidanzato	28.48	ricco	36.88	febbre	51.613	arte	25.108	statistica
22.254	piangere	27.851	appiattimento	36.707	prevenzione	48.137	aula	24.327	fazzoletto
22.205	hikikomori	27.321	rallentare	33.51	insufficienza	48.049	telematica	23.982	insicurezza
21.826	regole	26.677	pianeta	32.831	asintomatici	47.412	birra	22.909	paranoia
20.719	babysitter	26.677	virologo	31.793	virale	46.959	giocare	21.522	spaventare
19.463	caffè	26.454	impreparati	30.264	infiammazione	46.249	abbracciare	21.006	deboli

19.429	Duce	25.412	complotto	30.264	scafandro	45.605	quotidianità	20.885	controllare
18.946	angoscia	25.185	schizofrenia	30.053	pronto soccor.	42.436	online	20.524	attentato
18.342	litigare	24.934	incapacità	29.696	eroe	39.644	sport	20.397	sottovalutare
17.254	affollati	24.898	nazionalismo	28.146	collasso	38.7	cinema	20.147	Camus
17.078	camminare	24.689	esportazioni	27.453	casa di riposo	36.803	baciare	19.748	temperatura
16.795	cane	24.689	fantasticare	27.453	rito	36.597	registi	19.729	uccidere
16.653	trappola	23.706	sfuggire	26.377	sala operatoria	35.778	routine	19.214	timore
16.291	frustrazione	23.594	razza	26.311	allergia	34.95	giardino		

### Parte terza: Analisi dei dati

#### Primo fattore: “Noi e gli altri”

Sul primo fattore si contrappongono il cluster 3 e il 4. Tra tutti i cluster, solo il 3 non è caratterizzato da variabili illustrative: alla sua genesi concorrono tutte le interviste, indipendentemente dal periodo, dal sesso, dall'età, dall'area di residenza. Il cluster 4 è in rapporto con le variabili illustrative “lockdown”, “seconda estensione”, “sesso femminile”, età “sotto i 29” e “grande centro”. Ricordiamo le prime parole dense dei cluster. Per il 3 sono ospedale, tampone, medico, proteggere, terapia intensiva. Per il 4 sono videochiamata, gruppo, film, divertire, whatsapp, skype, cucinare, balcone, amici, chiacchierare. Il cluster 3 propone, come prima parola densa, un luogo: l'ospedale. Un luogo di cura, ove usualmente chi fa diagnosi, prognosi e terapia è il medico. Lo strumento diagnostico è il tampone, che rimanda al coronavirus e al contagio. La quarta parola densa, proteggere, sconcerta: rimanda al contagio, non alla cura. Non si va in ospedale per essere protetti, con personale sanitario che vuole proteggersi. La parola terapia e l'aggettivo intensiva compaiono dopo proteggere, segnalando una situazione di una tale gravità, da richiedere un intervento drastico quale la terapia intensiva. I primi incontri di parole dense, in sintesi, segnalano l'ospedale quale luogo di contenimento per i malati Covid -19, e l'assenza di una terapia come di consueto è intesa quale conseguenza della diagnosi; il tampone e la positività al virus rimandano emozionalmente al pericolo di contagio per il personale sanitario e a un intervento d'urgenza, volto non tanto alla cura della malattia, quanto alla sopravvivenza – forse provvisoria – del malato tramite la terapia intensiva. Quanto al cluster 4, la videochiamata, usualmente, si fa da casa; specie se associata al gruppo di amici, alla visione di un film, al divertimento “social”, al cucinare, al balcone dove socializzare a distanza.

La contrapposizione tra i due cluster concerne – in prima istanza – il luogo al quale associare l'emozionalità: l'ospedale ove non c'è una cura tradizionalmente intesa, e dove l'infezione comporta una difesa da parte del personale sanitario e interventi volti alla sopravvivenza del malato; la casa ove ci si mette in contatto con gli amici, e ci si diverte dimenticando il pericolo pandemico.

C'è una contrapposizione dove è importante il plurale: noi e gli altri. Gli altri sono quelli che stanno con il virus. Sono in un luogo “altro”, l'ospedale. Sono gli infettati, i malati, che sono assieme ad “altri” che li curano, medici e infermieri, loro pure segregati e potenziali malati, in quanto a contatto col virus.

Noi siamo un gruppo lontano dal virus. Siamo isolati e chiusi in casa, ma in contatto tra noi grazie a internet che permette un isolamento socializzante. Riscopriamo internet come uno strumento per stare assieme. Siamo insieme nel divertimento, nel chiacchierare, nel cucinare, nel cantare sui balconi, ma anche con inediti aperitivi e performances insospettite – ad esempio musicali - ove non è più necessaria la prestazione in presenza. Internet lo conoscevamo da sempre, ma lo usavamo in gran parte individualisticamente; adesso è diventato “noi”.

Vediamo alcune articolazioni di questo noi, con una premessa. L'isolamento, il lockdown come viene presto denominato, prevede la rottura dei sistemi usuali di relazione. Cessano l'incontro tra amici al bar, al ristorante; i pranzi e cene con conoscenti e parenti; le compere in luoghi gremiti di persone; l'andare al lavoro o a scuola. Non sono più fattibili tutti i riti “indispensabili” ai quali partecipiamo senza nemmeno percepirne l'importanza: matrimoni, funerali, compleanni. Si interrompono tutte quelle occasioni di socialità così abituali e scontate da non essere nemmeno più riconosciute nella loro evenienza.

Noi - loro è una prima riorganizzazione della socialità interrotta. Con alcune articolazioni, dicevamo. La prima è un noi al riparo dal contagio, contrapposto a un loro contagiati o a rischio di contagio. Noi siamo segregati in un lockdown obbligato ma rassicurante, perché malati e curanti sono confinati in un altrove di dolore e di morte, novello lazaretto, che marca la scissione tra chi è in pericolo e chi è in salvo. I media hanno reso edotti del pericolo, hanno raccontato le difficoltà incontrate dal sistema sanitario nel far fronte all'emergenza pandemica, hanno sottolineato la gravità dell'infezione virale, la conseguente patologia respiratoria, la necessità di “intubare” gran parte dei pazienti, l'insufficienza delle attrezzature di terapia intensiva, l'impreparazione del personale sanitario nel curare un male sconosciuto, l'elevata mortalità dei contagiati, in particolare degli anziani. I media, in altri termini, hanno motivato le persone “sane”, esenti dal contagio virale, ad evitare ogni comportamento rischioso nei confronti di un agente patogeno pericolosissimo. Noi, si diceva. Un noi che è stato

esplicitamente “provocato” dai mezzi di comunicazione di massa, dalla televisione in primis, dai “bollettini di guerra” quotidiani della Protezione Civile e dalle raccomandazioni degli esperti, ascoltati “a reti unificate”. I telespettatori, peraltro, erano dotati di una cultura adeguata, capace di seguire l’andamento della pandemia tramite le informazioni che, di giorno in giorno, trasmettono dati e consigli. State a casa, isolatevi, evitate le altre persone, proteggetevi nell’isolamento evitando accuratamente il contatto con tutto ciò che viene dall’esterno. Di giorno in giorno si susseguivano informazioni – vere o false – circa la sopravvivenza del virus sulle varie superfici: dal cartone all’asfalto, dal ferro alla plastica.

L’interruzione della vita comunitaria rende consapevoli di quanto è impossibile continuarla come prima, se si vuole evitare il contagio, vale a dire il contatto con gli altri esseri umani; tutti, sino a prova contraria, pericolosi in quanto portatori potenziali, sintomatici o asintomatici, consapevoli o meno, del virus, un agente patogeno molto contagioso.

Si è tesi a evitare il contagio, non alla ricerca dell’immunità. L’immunità prevede un contatto con il virus e lo sviluppo del sistema immunitario, capace di contrastarne l’azione patogena. Questo sarà possibile solo con il vaccino. L’alternativa, l’immunità di gregge raggiunta naturalmente, senza vaccino, è presente nella fantasia problematica di qualche leader anglosassone o nordamericano. Viene proposta per “salvare” l’economia nazionale dal crollo dei consumi e della produzione – conseguenti all’isolamento di tutti – e si mostra rapidamente una strategia crudele nella sua stupidità, atta ad accettare per il suo perseguimento un numero elevatissimo di morti.

Noi siamo tutti uguali, in modo inedito, e assieme, in modo inedito. Chi si ripara dal contagio si sente “gruppo”, in quanto accomunato dall’isolamento che protegge, ma contemporaneamente dalla socialità che incoraggia, rassicura, entro un plurale che non viene mai meno: “Insieme ce la faremo”; “Assieme, andrà tutto bene”.

È un noi inedito, questo, entro la cultura individualista a cui siamo abituati. Non si tratta di un noi costretto dalle ingiunzioni, dai decreti (la politica la troveremo in un altro fattore): è un noi di chi si difende dal pericolo nell’isolamento, che sceglie di isolarsi, di allontanarsi. Non è il noi delle relazioni scontate, se non obbligate. Non è il noi della famiglia, che troveremo in un altro fattore. Qui c’è la scoperta della relazione vissuta come una scelta, anche entro il limite pesantissimo dell’interruzione di ogni routine sociale; ma anche grazie all’interruzione della routine.

È il noi degli aperitivi online, che s’incontra su internet, che discute e si diverte assieme “virtualmente”, scoprendo che la virtualità è esperienza d’incontro vera, reale, capace di accomunare persone. Anche quelle prima indifferenti le une alle altre, ora molto vicine.

È un noi sperimentato, ma anche un noi ideale, un sentimento di azzeramento delle differenze. Chi prima si sentiva isolato per i più diversi motivi, ora si sente con gli altri, come gli altri, anche se non li incontra, o proprio perché non li incontra se non idealmente, o con le videochiamate.

Il pericolo incombente e l’isolamento rassicurante hanno motivato ad una “nuova” forma di socialità, scoperta e perseguita grazie a internet. Ma anche una socialità agita nell’isolamento, può creare prodotti stupefacenti. Non solo ci si rende conto che si può prendere l’aperitivo assieme, stando ognuno a casa propria e raccontando del vino che si sta bevendo, delle tartine preparate con cura, della pizza arrivata a domicilio. Ma si scopre anche che, nell’isolamento di tutti, con la serialità o i sincronismi di prestazioni di singole persone, le più diverse, le più lontane nella vita abituale, si può cantare “bella ciao” - una strofa per ciascuno - dalle finestre che danno sul cortile di uno stabile a San Lorenzo, a Roma; oppure un’orchestra suona Mozart: ogni musicista è a casa propria e risponde – a tempo – alla bacchetta di un direttore, a sua volta isolato nella propria abitazione. Questi e altri gli esempi che i media contribuiscono a diffondere, convincendo che si può “stare assieme” anche in un isolamento rigoroso, volto a evitare il contagio.

Tra le attività che concernono il noi, non c’è il lavoro. Anzi, il lavoro manca in tutto il piano fattoriale, e questo è un punto che fa riflettere. Però troviamo, in questo cluster, la formazione. Scolastica, universitaria. Sono situazioni ben diverse tra loro, le interruzioni delle scuole dell’infanzia o delle lezioni universitarie. Ma in questo vissuto si accomunano, entro ciò che al noi è possibile. Mentre il lavoro, a quanto pare, non lo è.

Il noi - loro del cluster è una scissione “sociale” radicale e, per certi versi, fittizia. È una comunanza fondata sull’essere non toccati dal virus, lontani dal luogo altro della malattia e della morte. S’intravede l’eccitazione maniacale dell’essere scampati al contagio nel periodo iniziale della pandemia, dell’essere lontani dai luoghi ove si diffonde con più accanimento, le case di riposo per anziani, le marginalità sociali incapaci di una protezione casalinga efficace. Il noi dimentica chi è esposto al contagio per ragioni di lavoro, per motivi d’indigenza, per difficoltà di vario genere, economiche, mentali, di devianza, di solitudine indifesa, di scarse risorse culturali.

Si tratta, come si può capire dalle condizioni che la suggeriscono, di una socialità indotta dalla paura. Una paura evocata dalla minaccia del virus, la cui gravità è proiettata sugli “altri”, su chi ha contratto il virus e rischia la

vita. Un rischio aggravato dal ricovero in ospedale, che i media descrivono come un girone d'inferno, ove il ricoverato perde ogni contatto con i suoi cari e si muore da soli, circondati da persone avvolte in scafandri estranianti, senza il conforto di un sorriso, di un contatto rassicurante. L'isolamento, necessario nell'ospedale, è spersonalizzante, angosciante, alienante; descritto quale abbandono problematico, nei confronti di chi s'ammala, da parte di tutto e tutti. Si può comprendere come l'isolamento, obbligato, venga maniacalmente simbolizzato quale occasione per una socialità volta alla rassicurazione, al recupero di rapporti dotati di una parvenza di normalità. Come diceva una canzone<sup>10</sup> degli anni Settanta: "E troverò mille amici, che cantano per aver meno paura ...".

La paura si configura quale emozione provocata da una subitanea assenza di una condizione normale, ove sono assenti le occasioni di pericolo (Carli & Paniccia, 2020). Se a provocare la paura è una subitanea "assenza di quell'assenza di pericolo" della normalità, allora per combatterla è importante ripristinare l'assenza di pericolo, la normalità. Quella normalità che può essere confermata anche nell'isolamento, grazie a internet. Il noi ricerca una normalità come negazione della paura evocata dalla pandemia e dalla gravità non solo della Covid-19 ma, soprattutto, dalle drammatiche condizioni ospedaliere di cura. Tale normalità sembra assumere connotazioni rassicuranti soprattutto nelle nuove forme di socialità, consentite da internet. Una normalità la cui ricerca concerne anche scuola e università, le uniche istituzioni per le quali si ricordano i tentativi di continuare "normalmente" le attività "on line".

Il primo fattore, in sintesi, propone una scissione rassicurante tra chi – nel vissuto degli intervistati – rischia la morte nei luoghi deputati, e chi è sano e chiuso in casa per mantenersi in salute. Gli intervistati rappresentano l'"altro", il malato e il contesto in cui è rinchiuso, come estraneo, separato, soggetto a rischio mortale assieme ai sanitari che cercano di curarlo, spesso senza speranza. La scissione separa drasticamente l'altro malato dal noi sano, in isolamento e al contempo alla ricerca della normalità. Di una normalità sopra le righe, fatta di una socialità cercata per "festeggiare", quotidianamente, lo scampato pericolo; fatta di incontri amicali volti a rassicurare sé stessi e gli altri che si è ancora lì, che l'isolamento funziona. Nessun accenno al lavoro, che comunque, per molti, continua anche grazie agli stessi mezzi utilizzati per la socialità rassicurante. Il lavoro non può far parte di un'emozionalità orientata dalla dicotomia tra chi è malato e sta all'inferno, e chi non lo è e s'incontra, via internet, per trasformare l'isolamento in una "festa" di scampato pericolo.

La rassicurazione maniacale, cercata nel gruppo di amici, indica la solitudine angosciante in cui ci si sente sprofondati: emerge un vissuto di solitudine e morte, negato dall'allegria forzata delle relazioni on line. Ci si sente soli, abbandonati da ogni dimensione istituzionale. L'isolamento sembra ben più profondo del solo rinchudersi in casa; si tratta di un isolamento necessario, che si confronta con l'impotenza delle istituzioni. La pandemia sembra, nel primo fattore, aver sgretolato ogni riferimento rassicurante alla comunità, sia politica che sociale e lavorativa.

Di fronte alla pandemia ogni istituzione perde credibilità, poiché impotente di fronte al virus e al suo diffondersi. Ma il sistema sanitario risente particolarmente di questa perdita, e la risonanza emozionale di tale evento è ampia e profonda, perché, come abbiamo più volte ricordato, la nostra è una cultura medicalizzata: alla fantasia dell'intervento medico, diagnostico e risolutivo, abbiamo affidato buona parte dei nostri problemi non solo medici, ma anche sociali. La pandemia sancisce il fallimento di un sistema sanitario incapace di fronteggiare un evento fondato sul contagio, dopo essersi dedicato per troppo lungo tempo a patologie non trasmissibili per contagio. Durante il lockdown, il sistema sanitario lotta con un male sconosciuto, in un luogo ove si muore nel modo più angosciante, perché abbandonati da tutti; lo stesso personale sanitario non può che vivere come "nemico" il malato contagioso che è chiamato a curare senza avere strumenti adeguati. Si verifica il fallimento delle due condizioni fondanti l'atto medico: il medico ha gli strumenti diagnostici e terapeutici per esercitare la sua funzione; il malato, ridotto alla dipendenza dal medico "per il suo bene", non rappresenta un pericolo di alcun tipo per il medico stesso. Nel caso della pandemia, queste due condizioni vengono meno.

### *Secondo fattore: Il "potere debole"*

Sul secondo fattore c'è solo il cluster 2, in rapporto con le variabili illustrative "lockdown", "sesso maschile", età "tra i 30 e i 49". Le prime parole dense sono politica, sistema sanitario, governo, epidemia, economia, futuro, emergenza, democrazia, incertezza.

---

<sup>10</sup> Il riferimento è alla canzone "Non esiste la solitudine", cantata da Ornella Vanoni nel recital "Ah l'amore, l'amore ..." al Lirico di Milano, nel 1971; il testo era di Gilbert Becaud: "La solitude, ça n'existe pas" (1969), e il verso originale diceva: "Et y retrouver des milliers Qui chantent pour avoir moins peur ..."

Guardando alle prime parole dense, troviamo un elenco dei “sistemi di potere” dai quali ci si sente solitamente dipendenti: la politica, la sanità, il governo, l’economia, il sistema democratico. Sistemi di potere oggi confrontati con l’epidemia: il vissuto collusivo degli intervistati fa riferimento all’emergenza gestita con incertezza. I verbi che seguono, guadagnare, giudicare, dimenticare, mentire, sembrano riferiti a modelli d’azione usuali, fortemente autoriferiti (guadagnare, giudicare), e al contempo deludenti: ci si sente dimenticati dal potere e, peggio ancora, ingannati dalle menzogne. Globalizzazione e capitalismo – caratterizzanti il mondo occidentale - sono vissuti quali responsabili della pandemia e del salto di specie (pipistrelli, che è pure una parola densa presente nel cluster), entro una situazione drammatica ove nessuno è in grado di dare soluzioni all’incertezza.

Abbiamo proposto, dando indicazioni generali sull’AET, che sul primo fattore si possa individuare – regolarmente – l’antinomia “dentro-fuori”, e sul secondo l’antinomia “potere forte-potere debole”<sup>11</sup>. In questa ricerca, nel primo fattore la contrapposizione “dentro-fuori” viene declinata nel dentro dell’isolamento in casa, e nel fuori di un ospedale ove regnano disperazione, malattia e morte. Nel secondo fattore troviamo, con il cluster 2, soltanto la polarità “potere debole”.

Nella drammatica situazione pandemica non sembra esservi, nella cultura degli intervistati, qualcosa o qualcuno che simbolizzi il potere forte. Il termine “politica” sembra riassumere in sé, emblematicamente, il vissuto del potere debole segnato dall’incertezza. Nel pericolo, la salvezza è affidata all’iniziativa delle singole persone. Sta a ciascuno di “noi” osservare le regole per evitare il contatto con gli “altri”, diventati potenziali pericoli di contagio. Alla politica viene associata la crisi del sistema sanitario, impreparato all’epidemia e inefficace nella cura della Covid-19.

Il cluster 2 evoca il conflitto tra economia e salute. Un conflitto che contrappone il perseguimento del benessere economico da un lato, la tutela della salute dei cittadini dall’altro. Nella contrapposizione emerge un individualismo ove il benessere, o - come pure si dice - la felicità, rappresentano una meta che le singole persone possono, o meglio devono perseguire; a scapito di valori sociali quali il welfare, la solidarietà, la salute. La cultura del secondo fattore rivela la falsità dei valori dell’attuale economia occidentale, dove il cittadino deve essere un consumatore ben inserito nel ciclo capitalistico, alla ricerca di ricchezza senza cultura e di appiattimento ignorante. È interessante che i soli due nomi che compaiono nel cluster, siano quelli dei “politici” Salvini e Trump. Alla politica, responsabile di appiattirsi sui valori dell’avidità, viene affiancata l’impotenza dei tecnici, dei virologi, degli epidemiologi, degli infettivologi, degli igienisti: impreparati all’evenienza drammatica della pandemia, incerti sul da farsi e incapaci di governare l’emergenza. In questo repertorio culturale, d’altro canto, non c’è il tempo presente: il presente, riassunto nella scissione dicotomica “loro malati – noi sani” si colloca culturalmente sul primo fattore. Qui si contrappongono un passato di inefficienza, che ha indebolito il sistema sanitario, o un passato delirante, intriso di sospetti circa menzogne sul virus e possibili complotti, e un futuro a fosche tinte ove i nazionalismi, i massimalismi di stampo razzista o liberista possono portare a catastrofi economiche, al prevalere della ferocia aggressiva nelle relazioni sociali, allo smantellamento delle sicurezze democratiche attuali. Si teme che dalla “crisi pandemica” escano vittoriose le peggiori istanze politiche ed economiche, a scapito delle libertà democratiche e dei valori di solidarietà.

*Terzo fattore: “Loro preda del contagio - noi minacciati dal contagio”*

Sul terzo fattore si contrappongono i cluster 3 e 5. Il cluster 3 è quello già commentato, la cui prima parola densa è ospedale. Con il cluster 5 sono in rapporto le variabili illustrative “pre-lockdown” ed “estero”. Nel cluster 5 le prime parole dense sono influenza, contagiare, stranutire, lavare, allarmare, pericolo.

Con ospedale e le parole dense che seguono, si evidenzia una cultura riferita a uno spazio che racchiude una pandemia e una morte ben incistate in un luogo di “cura” rappresentato nella sua confusione impotente, espressione di un fallimento del sistema sanitario. È un ospedale dove si muore nella più violenta, isolata e angosciante modalità. Nel cluster 5 la variabile illustrativa “pre – lockdown” evidenzia il rapporto – almeno in una parte significativa – con le interviste effettuate prima dell’8 marzo 2020. La contrapposizione tra cluster 5 e 3 evoca un altro “noi/loro”. Il “noi/loro” dei cluster 3 e 4 era riassunto nella definizione: noi in salvo dal virus, loro in preda al virus. In questa nuova contrapposizione, al “loro” dell’ospedale dove si muore, il cluster 5 oppone un “noi” preoccupato e impaurito dalla possibilità di contagio. Le parole dense del cluster riguardano il possibile contagio, i suoi sintomi, i presidi per prevenirlo (mascherina, guanti, lavarsi, disinfettare, igiene personale e della casa), il pericolo della malattia, paragonata alla peste, e la morte. Le emozioni del cluster sono

---

<sup>11</sup> Si veda in proposito Carli e Paniccia (2002). Ricordiamo, in particolare, che sul primo fattore si proponeva l’antinomia “dentro-fuori”, mentre sul secondo fattore si proponeva l’antinomia “potere forte-potere debole”.

l'allarme, il panico, l'ansia, l'insicurezza, un'emozionalità psicotica o paranoica. Si ha a che fare con un nemico incontrollabile e invisibile, e nonostante le precauzioni e l'allarme, ci si sente impotenti e in sua balia. La cultura in esame caratterizza i vissuti collusivi delle persone che seguivano le precauzioni indicate come necessarie per evitare il contagio, in una vita quotidiana che non si voleva ancora costretta all'isolamento; persone che, al contempo, temevano – terrorizzate - l'inutilità delle misure igieniche di fronte al nemico incontrollabile. Dicevamo che la prima parola densa del cluster è influenza. Il virus in questione, ancora sconosciuto, è stato inizialmente associato al virus influenzale. Tutti ricordiamo quei virologi che, a proposito della nuova malattia, dichiaravano improvvidamente trattarsi di una forma virale poco più preoccupante di una normale influenza. L'etimologia della parola, d'altro canto, rimanda (dal latino *in – flūere*) allo scorrere dentro, all'insinuarsi, all'inondare: un flusso inarrestabile, di fronte al quale ci si sente impotenti. Si parla di precauzioni, di prevenire il contagio, ma anche della sua diffusione inarrestabile. Ci si sente colpevoli. Spesso la colpa s'accompagna all'impotenza: con la colpa si recupera un qualche potere. Ci si illude di compensare l'impotenza con l'attribuirsi una colpa per la situazione problematica nei cui confronti non sembra esserci nulla da fare.

Nel cluster c'è un vissuto specifico: tutti si sentono soggetti al contagio; siamo nel frangente temporale in cui non si è ancora immaginato che l'unico strumento per difendersi è l'isolamento in casa, l'evitare ogni contatto con l'"altro", potenziale portatore consapevole del contagio, perché con i sintomi della malattia, o inconsapevole perché portatore asintomatico. Si pensa ancora di poter continuare la propria vita usuale, ma al contempo la diffusione del contagio prospetta l'inefficacia di ogni "precauzione". È una cultura ove l'essere sani o malati è ancora confuso. Si parla di viaggiare, di aeroporto, di crociere: si teme di dovervi rinunciare. Si iniziano a individuare, segnalati dai media, i primi focolai inarrestabili. Si tratta di una cultura ove alla "grandezza" del pericolo, con richiami alla peste, a Camus e al suo romanzo sulla peste di Orano, viene contrapposta la "pochezza" delle misure preventive e l'impotenza di fronte al dilagare del contagio. Nessun cenno, nella cultura del cluster 5, al chiudersi in casa, allo stravolgimento della vita di ognuno che l'isolamento evocherà. È interessante che l'altra variabile illustrativa in rapporto con il cluster 5 sia "estero": gli italiani intervistati all'estero, per il primo periodo della pandemia, hanno guardato all'Italia come in preda a un contagio che non si sarebbe dovuto necessariamente vivere in prima persona; si potrebbe dire che si guardava all'Italia da una sorta di strano, illusorio distanziamento: la cosa non ci riguarderà. Forse la stessa incertezza sul rischio pandemico che, in Italia, ha caratterizzato il pre – lockdown.

*Quarto fattore: "Noi scegliamo di stare insieme felicemente - noi siamo costretti a stare insieme rabbiosamente"*

Sul quarto fattore si contrappongono il cluster 4 e il cluster 1. Il cluster 4, già commentato, è quello che inizia con la parola densa *videochiamate*; è il cluster del "noi", degli amici in salvo dal virus. Il cluster 1 è in rapporto con le variabili illustrative "seconda estensione del lockdown", "età sopra i 70", "sesso femminile". Le prime parole dense del cluster 1 sono genitori, famiglia, figlio, mamma, papà; poi, dopo aver proseguito con bambini, ragazzi, amici, fortuna, arrivano parole come solitudine, costringere, forzare, rabbia, soffrire.

La parola genitori appare ambigua in quanto rimanda al generare, al creare, al mettere al mondo; ma, al contempo, al ruolo familiare dell'essere genitori caratterizzato dal controllo preoccupato nei confronti dei figli. Le parole che seguono limitano la sua polisemia al ruolo familiare, evocando quella relazione generazionale tra genitori e figli (bambini, ragazzi) che rimanda al costringere quale dinamica del controllo. C'è anche un fattore esterno alla famiglia, che esercita un potere alternativo a quello dei genitori sui figli; è un potere che investe tutto il gruppo familiare: costringere, forzare, soffrire, sono le parole dense indicative del potere della pandemia sull'insieme della famiglia.

Il cluster 4 prevedeva relazioni su internet con un gruppo di amici. Qui invece il cluster parla dell'emozionalità problematica evocata dalla quarantena, dal sentirsi costretti a tempo pieno entro le relazioni familiari. La convivenza forzata in famiglia evoca rabbia, sofferenza, solitudine, ma anche amore, bisogno di sfogarsi, angoscia, conflitto, frustrazione. Ci si sente "fortunati" perché la quarantena – ben più lunga dei quaranta giorni canonici – preserva dal contagio e, soprattutto per i più anziani, da una morte certa. Al contempo si sottolinea il sentirsi costretti, forzati alla solitudine della convivenza familiare. L'unico elemento di contatto con l'esterno è il telefono; obsoleto, se confrontato con internet, ma proprio dell'età avanzata di quella parte degli intervistati che ha contribuito al cluster. Il cluster sottolinea, in riferimento a chi non ha accesso o confidenza con la rete, come l'analfabetismo informatico renda le persone molto più isolate, nella pandemia. Si obbedisce alla costrizione dell'isolamento, ma con sofferenza e rabbia, consapevoli dei conflitti e della solitudine che le relazioni familiari – cui si è costretti a tempo pieno – possono evocare. Che il cluster sia anche in rapporto alla seconda estensione del lockdown, evoca il fallimento dell'illusione di trovarsi dentro una parentesi temporale



critica, ma che presto si risolverà: basta aspettare, avere pazienza; si comincia a capire che la durata della pandemia è imprevedibile e che il suo termine è tutt'altro che previsto. Alla maniacalità del cluster 4 si contrappone il vissuto esplicitamente depressivo di questa cultura di sofferenza, rabbia, perdita di speranza.

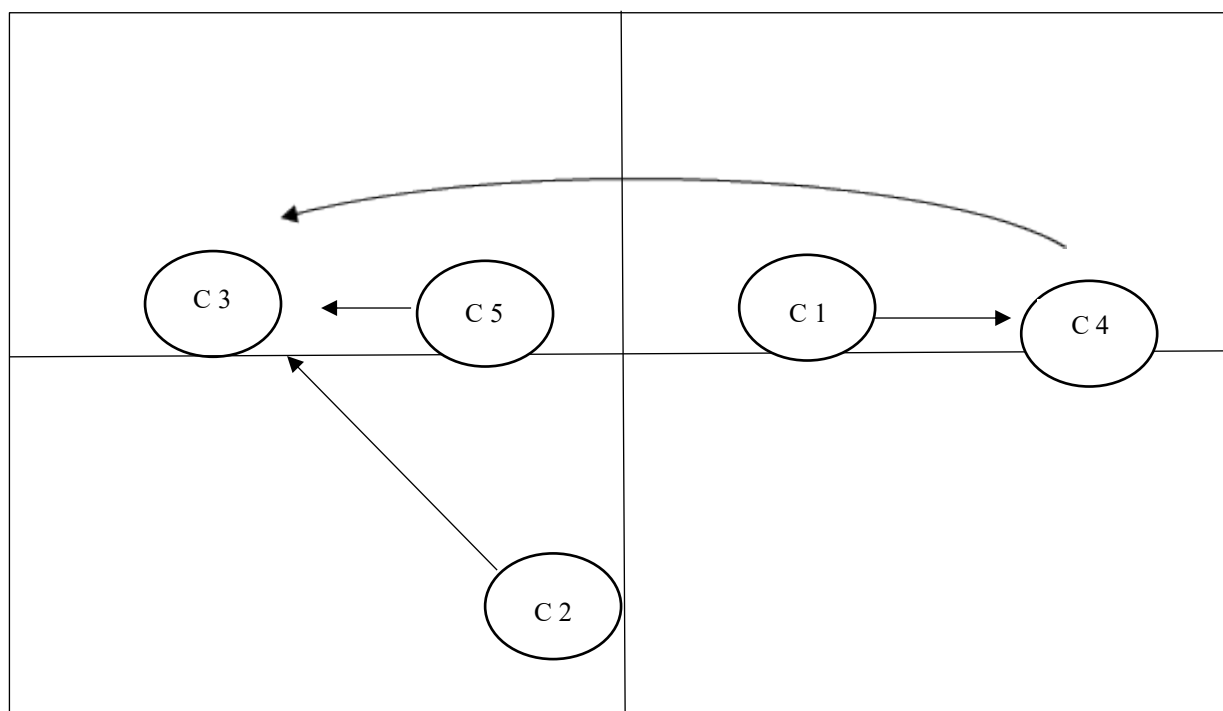
### Sintesi dei dati

La pandemia confronta gli interpellati con una situazione emozionale del tutto inusuale, difficile da elaborare. Ricordavamo come sulle pandemie la storiografia per lo più sia muta, non abbia raccolto dati sul senso che i protagonisti diedero a quegli eventi. Nei nostri dati di ricerca abbiamo indizi su questo: vediamo l'organizzarsi di categorie emozionali, in risposta all'inizio – questo è importante – della pandemia. Categorie che si riorganizzeranno ancora con il procedere dell'evento, interessanti nel loro esordio.

Ci si sente in balia di un pericolo mortale, sconosciuto e invisibile, potenzialmente insinuato in ogni essere umano. Si è “soli” di fronte al pericolo: nessuno può proteggerti; è impossibile prendersela con qualcuno, attribuire responsabilità a una qualche istituzione. La paura prevale, in un confronto impari tra grandezza del pericolo e pochezza delle difese possibili. Emergono disorientamento, impotenza, reminiscenze di antiche sventure, dalla peste bubbonica alla spagnola, con il ricordo del prezzo pagato in vite umane.

La risposta difensiva è una scissione maniacale, una volta accettata l'unica difesa possibile, nel vissuto degli intervistati: evitare ogni contatto, rinchiodandosi in casa. La scissione consente una certezza: sapere dove sono i malati e dove sono i “sani”. Ciò ha significato uno stravolgimento profondo delle abitudini: l'isolamento ha svuotato le città e i paesi, sono stati chiusi gli spazi usuali d'incontro: negozi, teatri, stadi, scuole, ristoranti, luoghi di lavoro. Produzione e consumo si sono fermati, con poche eccezioni. La vita sociale si è fermata. Ci si sente soli e disorientati. La pandemia ha interrotto tutte le abituali modalità di interazione: familiari, amicali, lavorative. Sono interrotti ogni routine, ogni abitudine, ogni funzionamento organizzativo.

La risposta emozionale all'arresto della quotidianità, presente nel primo fattore, è una scissione tra il “noi” sani chiusi in casa, e il “loro”, malati e curanti (impotenti), in ospedale. Il pericolo è stato spostato nel luogo dei malati e della morte, e al pericolo si è risposto con una sorta di socialità maniacale, allegra e divertita - tramite internet - che rende possibili incontri dove ci si vede reciprocamente, si può recuperare l'interazione di gruppo. La relazione sociale, frantumata dalla pandemia, ritrova un suo ordine in un basilare noi – loro. È assente la relazione lavorativa, non declinabile in questa semplificazione. Lo spazio fattoriale che sintetizza queste considerazioni, può essere così riassunto:



Consideriamo la centralità del cluster 3. Il cluster 4 è in rapporto con il 3 sul primo fattore; il cluster 2 lo è sul secondo fattore; il cluster 5 sul terzo fattore. Solo il cluster 1 ha un rapporto significativo con il cluster 4, e non con il 3, sul quarto fattore.

Ricordiamo che il cluster 3 non ha alcuna relazione significativa con le variabili illustrative.

Nel cluster 3 emerge il vissuto problematico di una sanità a cui tutti facciamo riferimento: è pur sempre la nostra sanità, una specificità italiana di cui siamo fieri, fondata sull'universalità, l'eguaglianza e l'equità di accesso alle prestazioni e ai servizi. Ma, nel vissuto degli intervistati, viene vista come impotente nel curare e proteggere le persone nei confronti della Covid-19. Si tratta peraltro, per gli interpellati, di una sanità identificata con l'ospedale, ove il ricovero equivale alla morte. È il cluster dello spavento: si diffonde rapidamente una malattia per cui non c'è cura. Medici e infermieri ricorrono a interventi estremi, rianimazione e intubazione, con il forte rischio di infettarsi.

È una situazione paradossale, che sconfigge la fiducia usuale verso la sanità. Normalmente, il personale sanitario non viene vissuto come "eroico". Eroe, dal greco "eros" e dal latino "vir" equivale a uomo vigoroso, capace di grandi imprese. Nell'antichità l'eroe era figlio di una divinità e di un essere umano: dotato di forza prodigiosa, compiva atti illustri; un esempio tra tutti, Ercole e le sue dodici fatiche. Il personale sanitario, usualmente, è caratterizzato da competenza, e opera in contesti ove alla competenza corrispondono metodi e strumenti atti alla realizzazione degli obiettivi sanitari. Perché questa connotazione eroica? Con la Covid -19, sono venute meno le due condizioni che caratterizzano l'operato del personale sanitario: la competenza a trattare la patologia di cui ci si occupa, e l'assunzione che la patologia del malato non influirà sulla salute del personale sanitario. Con la Covid -19, i sanitari si sono confrontati con un'alta probabilità di contrarre il virus – anche per la carenza dei mezzi di protezione – e con un agente patogeno sconosciuto, senza mezzi efficaci di cura. Alla competenza si è sostituito l'eroismo di uomini e donne che, correndo l'elevato rischio di ammalarsi gravemente e forse mortalmente, cercavano in ogni modo di stabilizzare le funzioni vitali di pazienti in grave pericolo di vita. Nel vissuto degli interpellati ricorre la parola densa "terapia intensiva", con riferimento al reparto ospedaliero caratterizzato dal monitoraggio avanzato del paziente (7 giorni su 7, 24 ore su 24) e da tecnologie atte a supportare le funzioni vitali (respirazione, circolazione del sangue, attività neurologica...) in quel momento insufficienti al mantenimento della vita. Le parole dense "respirare" e "intubare" indicano come fosse presente il rischio di morte per soffocamento.

In sintesi, nel cluster 3 si sottolinea l'impotenza del sistema sanitario. Tale inadeguatezza è vissuta come un "dato di fatto", un evento inevitabile e problematico al contempo. Non si esprimono vissuti emozionali specifici nei confronti dell'impotenza sanitaria, che lascia senza parole; piuttosto si reagisce tramite "agiti" che si differenziano nel tempo, seguendo le vicende della crisi pandemica. Nel cluster 4 si reagisce con l'agito "noi isolati e insieme, lontani dal virus".

Al cluster 3 si contrappongono il 5, il 2, il 4.

Il cluster 5 è segnato dalla variabile illustrativa "prima del lockdown": si è minacciati dal contagio, perché non ci si è ancora chiusi in casa; si spera che non accada il peggio, ma lo si sente arrivare. C'è anche la variabile illustrativa "estero": mentre l'Italia precipitava nella pandemia, all'"estero" ancora si sperava di non vivere il contagio in prima persona, sapendo di illudersi. Con il cluster 5 ci si sta per chiudere, difensivamente, in casa. Al cluster 4 concorrono le variabili illustrative "lockdown" e "seconda estensione"; con la seconda estensione si dissolve l'illusione di una conclusione rapida, saltano le previsioni. Inoltre, ci sono "sesso femminile", età "sotto i 29", e "grande centro". Il luogo dell'isolamento, soprattutto nel grande centro, è la casa: ancora "regno femminile", a quanto pare; e, senz'altro, sono i giovani a essere il portabandiera del cercarsi e vedersi in gruppo, utilizzando internet, uno strumento con il quale i giovani hanno confidenza. Sono i più giovani che si adoperano per rintracciare gli amici, vissuti ancora come il baricentro della loro vita sociale, per reagire maniacalmente a una minaccia da cui si sono sentiti illusoriamente immuni. Anche facendo gruppo "contro" gli anziani, gli unici che con la malattia sarebbero morti<sup>12</sup>. Ci si chiude felicemente in casa, o per meglio dire nel gruppo, al sicuro. Internet è fondamentale: permette di ristabilire l'altro come amico, perché ci si incontra senza il virus: una situazione impossibile in qualsiasi altro modo.

Il cluster 2, quello della disfatta delle istituzioni e della politica, della loro impotenza nei confronti della pandemia, è in rapporto con "lockdown", "sesso maschile", età "30-49". Qui c'è un "chiudersi in casa" metaforico, una passivizzazione, una sconfitta cui non ci si può sottrarre. C'è il fallimento della violenza che organizzava la routine politica, mediatica: anche quella è stata interrotta dal lockdown. Ci sono i postumi della sbronza che dà l'agito violento, e si guarda ad altri che ancora tentano di farsi un bicchiere, Trump, Salvini.

---

<sup>12</sup> Abbiamo ricordato in un recente lavoro un conflitto generazionale che ci caratterizza, oggi, in Italia; lo vediamo, sottotraccia, nel contesto della pandemia (Panaccia et al., 2019).

Ovvero a quel populismo negazionista che, negando la pandemia, rifiuta di arrendersi allo stop degli agiti violenti che alimentano il populismo.

Riassumendo: chiusi in salvo in casa, cluster 4; pronti a chiudersi in casa, cluster 5; costretti a chiudersi metaforicamente in casa, cluster 2. Tutti chiusi in casa, ma per l'emergenza, non costretti dalle istituzioni sconfitte.

Nel vissuto degli interpellati, il lockdown non è imposto dal Decreto che estende a tutta l'Italia la "zona rossa". È sentito quale unico rimedio alla situazione imprevista e minacciosa. La pandemia confronta con l'eventualità di una morte angosciante, vissuta quale "sottrazione della speranza di morire con meno sofferenza" (Bonato, 2020). Ricordando che siamo nella prima fase della pandemia, nel cluster 4 la scelta del chiudersi in casa ha una connotazione emozionale divertita. Perfino eccitante, in una socialità di gruppo inedita, resa possibile da internet. Ma anche sollevata, rasserenante: per la sospensione delle consuete costrizioni dell'individualismo competitivo, per il recupero proprio e dell'altro come amici, bonificati dal sospetto sull'altro quale portatore del virus. La pandemia ha interrotto tutte le routine della convivenza, senza eccezione. Pensiamo alle più ovvie, basilari. Quando ci si sentiva chiedere: come stai? La risposta educata era una non risposta: bene, grazie. Nella pandemia la domanda ha un sottofondo di ansia, la risposta è incerta; l'implicito è: sei contagiato? Un bambino, allontanato dalla nonna per prudenza, ha detto alla mamma: voglio andare in ospedale, ammalarmi, guarire e abbracciare la nonna. Non sopportava più il clima di sospetto che connotava la sua potenziale pericolosità nei confronti della nonna alla quale era molto affezionato. Le attività fuori casa che proseguivano, non erano quelle di "prima": si pensi all'andare in un supermercato, o dal medico, in un mondo mutato. Il chiudersi in casa "salvava" dal contagio, dal sospetto, dalle "normali violenze" della nostra cultura competitiva. Anche per questo le relazioni del cluster 4 sono "eccezionali": non sono lavorative, non sono con i familiari; sono con gli amici. Chi sono questi amici? I soliti amici, ma anche nuovi amici, o vecchi amici con cui si erano persi i contatti: insomma, ci sono gli amici, ma anche una nuova amicalità, inedita, uno stare insieme, uniti in un sentimento di vicinanza che non si sa quanto sopravvivrà alla fine del lockdown.

#### **Parte quarta: Conclusioni**

##### **Ricapitolando**

Riportiamo un passo di un recente lavoro di Lorenzo D'Orsi:

Il legame tra giovani, paure e rischi della società contemporanea costituisce un *frame* interpretativo così diffuso da essere divenuto una sorta di senso comune. Un buon esempio ci viene offerto, ancora una volta, dalla diffusione del SARS-CoV-2 e dalla connessa quarantena forzata. La preoccupazione delle autorità e i discorsi della stampa hanno inizialmente additato i giovani come coloro che più potevano mettere a repentaglio il distanziamento sociale, in quanto *soggetti ritenuti incapaci di autocontrollo, individualisti, legati agli edonismi della società contemporanea e dunque privi della volontà necessaria a compiere i sacrifici collettivi richiesti per contenere l'epidemia*. Tuttavia, l'identificazione dei giovani come minaccia e come possibili responsabili morali del male sembra essere stata smentita dai fatti, assieme a un'altra delle grandi paure del contemporaneo, ossia la dipendenza dalle nuove tecnologie (internet, smartphone, computer) che renderebbe le nuove generazioni irretite in legami sociali effimeri e in nuove forme di solitudine che rendono incapaci di relazionarsi con il mondo. Le nuove generazioni si sono infatti rivelate tra le categorie che più si sono sapute adattare alla reclusione, continuando o reinventando una parte della propria socialità in forme più mediatizzate, attraverso giochi di gruppo on-line, aperitivi telematici e lezioni di musica e fitness a distanza. I soggetti più anziani si sono invece ritrovati tendenzialmente più in difficoltà a gestire la socialità sospesa imposta dal contagio (D'Orsi, 2020, pp. 141-142, corsivo nostro).

Importante sottolineare che nel vissuto dei nostri intervistati c'è un'emozione di "reclusione" nell'ambito di un solo cluster - di un solo repertorio culturale - e concerne i vincoli del rapporto familiare, non il lockdown (cluster 1). Nella reclusione non solo si è chiusi da qualche parte, ma - nel carcere è evidente - c'è chi sorveglia affinché il recluso non evada. Come s'è detto, il vissuto degli intervistati simbolizza il confinamento quale scelta autonoma, vissuta in quel momento come ineluttabile, prima che prescritta dal Decreto.

Un aspetto importante del recludersi, creando relazioni tramite internet, è dato dal tentativo di sottrarsi alla simbolizzazione dell'altro come nemico generalizzato, indistinto, da evitare, sfuggire. Ci si chiude in casa e ci si abbarbica a strumenti che consentono di "vivere", anche senza il contatto fisico con gli altri. La diffidenza verso l'"altro", nei primi momenti della pandemia, ha profondamente scosso l'identità "umana" di ciascuno. Ha fatto toccare con mano la facilità con la quale si può scivolare culturalmente verso l'egoismo senza limiti, la

demonizzazione dell'altro, la sua simbolizzazione quale "diverso" minaccioso. Indipendentemente dalla religione, dalla provenienza, dalla lingua o altro ancora, ma perfino dal grado di amicizia, vicinanza, parentela con noi. Ogni "altro" è un diverso minaccioso solo perché esiste: respira, parla, tossisce, suda, starnuta, e soprattutto diventa positivo al virus anche senza saperlo. Ogni "altro" può o "vuole" toccarti. Tutti siamo presi dalla diffidenza che si propaga più veloce del virus, distruggendo la nostra umanità in quanto esseri sociali. La pandemia terrorizza, soprattutto, perché nell'ospedale si muore senza relazioni amiche, "abbandonati" dai parenti e dagli amici ai quali è vietato l'accesso, ma anche da chi ti cura: anche per lui sei un potenziale nemico. Un medico, ammalatosi di Covid -19, guarendone ha ricordato che i colleghi, parlando di lui, steso nel lettino in acuta carenza respiratoria, dicevano: "Questo è sporco, attenti!". Nel ricordare, sottolineava che sentirsi vissuto come "sporco" lo aveva sprofondato in una solitudine vuota, dove i gesti della cura erano, anche, di allontanamento allarmato, diffidente.

Contatto e contagio hanno lo stesso etimo: dal latino *cum* e *tangere*. È il toccarsi vicendevole di due corpi, ma anche l'atto del trasmettere una malattia. Il toccarsi vicendevole, superando la distanza di rispetto, da sempre sancisce la simbolizzazione amica reciproca. L'evitamento del toccarsi, unanimemente accettato, concerne aree limitate del nostro comportamento come il contatto sessuale. Ciò non è più vero con le "malattie contagiose". Se la gravità del male è evidente – si pensi alla peste bubbonica, alla spagnola, all'ebola, al vaiolo, alla febbre gialla, al colera, all'HIV, alla meningite, alla SARS, alla lebbra, alla sifilide per arrivare al coronavirus dell'attuale pandemia – ogni contatto è pericolosissimo. Quando tutti i contatti vanno evitati, c'è una perversione nel processo simbolico che fonda il nostro essere "sociali", quindi umani. L'evitamento non concerne solo il comportamento. Esso implica una perversione nella simbolizzazione affettiva: chi solitamente è "amico – a meno che non si dimostri nemico", diviene "nemico – ameno che ...". Con l'impossibilità di verificare l'alternativa emozionale alla simbolizzazione nemica. Si può allora capire come internet abbia consentito di riconquistare le relazioni amiche, necessarie per il recupero di una socialità "normale", non alterata dalla dinamica perversa del sospetto.

Con la pandemia, tutti siamo diffidenti. Tutti abbiamo una grande difficoltà a stare, nell'inedita contingenza, in modo adattivo. Scopriamo che la nostra umanità non è "naturale", ma contestualizzata: è mediata dalle culture, dal significato emozionale conferito agli eventi, ai comportamenti. Con la pandemia e il confinamento, le abituali culture collusive vengono meno, tutte. A partire da quelle delle istituzioni. I ventuno sistemi sanitari regionali italiani stentano a trovare una coerenza tra loro, con il Servizio Sanitario nazionale, con la Protezione Civile. Si cerca di affidarsi ai "dati", ai numeri, a ciò che maggiormente si simbolizza come "oggettivo", scoprendo la complessità di avere dati comparabili: tra istituzioni, tra regioni italiane, tra nazioni, a livello mondiale. Emerge la diversità dei metodi, ma anche, con grandissima rilevanza, quella delle culture. Tra Regioni italiane, ma anche tra parti del mondo. Sono diversità a cui da molto tempo non pensiamo: le culture sono sempre più relegate nell'agito, nella nostra contemporaneità, ed escluse dalla conoscenza. Si reagisce, agendo emozioni. Si verificano esodi – subito prima del lockdown, a maggio con uno speciale permesso - per "tornare a casa", a qualsiasi costo. Dal Nord contagiato, al Sud ancora in salvo, abbandonando senza precauzioni – individuali, istituzionali – i luoghi di massimo contagio dove ci si trovava in trasferta, e diffondendo il virus in tutta Italia, tra i propri cari, nei propri luoghi. Inoltre, come abbiamo già visto con gli accaparramenti di mascherine, i presidi di sicurezza, le raccomandazioni normative vengono gestite per il loro significato emozionale, simbolico, molto più che per la loro provata efficacia. Per esempio: andare dalla propria casa a quella dei genitori, non è violare la norma "tutti a casa", nel sentimento di molti.

In questa situazione, di paura della malattia e di destrutturazione delle relazioni, gli incontri internet aggirano la diffidenza provocata dal virus, e riorganizzano contesti legittimati e accoglienti – sia pure transitori, come si riveleranno - permettendo di mantenere, per chi li adotta, la propria "umanità". Quell'umanità fondata sulla simbolizzazione "amica" delle proprie relazioni sociali.

Il cluster 5, in rapporto con "prima del lockdown", ben rappresenta la "psicosi" di quel periodo d'incertezza. Evidenzia una cultura dell'allarme: "la peste bubbonica" è incombente. Non si è ancora colta, come nel cluster 4, la soluzione dell'isolamento. Ci si sente in balia del contagio e dell'imprevisto, si spera di potersi difendere con precauzioni elementari, ma si è presi entro una dinamica collusiva angosciata e inerme. Si è sulla soglia del male: la pandemia si diffonde, ma i contatti tra le persone proseguono; ancora pochi colgono la possibilità di un'iniziativa drastica, l'interruzione del contatto con l'altro. Questo fa comprendere quanto si resista all'istituirsi del sospetto, e quanto si sentano angoscianti la paranoicizzazione delle relazioni, il destrutturarsi di ogni modalità abituale di incontro. Si teme l'interruzione della reciprocità nell'interazione, e ancor più l'istituirsi di una reciprocità diffidente, devastante ogni rapporto. La si teme al punto da considerarla impossibile, anche con l'avanzare della pandemia. Nessun accenno, nel cluster 5, al sistema sanitario, alla consapevolezza della sua impotenza di fronte alla Covid -19. Non si è ancora istituita la frattura tra "noi" e "loro". Quella frattura che

sostanza il primo fattore, e che porta all'isolamento, alla quarantena spontanea, poi prescritta nei fatti dal potere politico.

### *L'altro e la sua rappresentazione*

Quali sono le simbolizzazioni dell'"altro", negli intervistati? Prima del lockdown, come abbiamo visto, l'altro è il pericolo, la fonte di contagio, il potenziale o reale portatore del virus dal quale difendersi con guanti, mascherina, il lavarsi le mani, il disinfettare – meglio, sanificare nel gergo della pandemia – tutto quello che entra in contatto potenziale con il virus, dai vestiti alle scarpe, dalla stanza dove si sono avuti amici a cena ai luoghi di lavoro, dai negozi alle farmacie. Si vive all'insegna della precauzione, senza ancora immaginare l'unica misura efficace, il chiudersi in casa. Questa soluzione drastica, come s'è visto, la si teme in quanto comporta una simbolizzazione nemica dell'altro, di tutti gli altri nessuno escluso: una simbolizzazione che mina alla base il senso di socialità che ci rende "umani". Prima del lockdown, l'altro è il pericolo dal quale si pensa sia ancora possibile difendersi, in un'incertezza emozionale dove si teme il contatto e al contempo non si rinuncia alla relazione sociale usuale; tanto abituale, da essere data per scontata. Una relazione scontata, che si valorizza quando l'altro acquista una valenza emozionale ambigua, e alla consueta simbolizzazione amica si sovrappone confusivamente quella nemica.

Con il precipitare della pandemia e l'interruzione dell'usuale relazione sociale, l'immagine dell'altro viene scissa, nel vissuto degli intervistati. C'è l'"altro malato con la Covid -19" nell'altrove dell'ospedale, dove si muore soli. E c'è l'"altro del gruppo di appartenenza", amico non malato, con cui si ha una relazione rassereneante, che sconfigge la distruzione delle relazioni sociali. Con il lockdown, nel vissuto degli intervistati non c'è più l'"altro" generalizzato. Ci sono "loro in preda al virus" e "noi in salvo dal virus"; solo con questa netta scissione, e grazie a internet, sopravvive la certezza che l'"altro amico" possa continuare ad esistere.

Tra gli anziani è difficile dare corso alle relazioni via internet, e ricostruire così una vitalità sociale che salvi dal trionfo della diffidenza e della paura. Del resto, gli anziani sono in genere "analfabeti" della rete e anche per questo mostrano diffidenza sul suo uso; sono meno usi anche alle potenzialità dell'onnipresente telefonino. Gli anziani, d'altro canto, sono i soli per cui la morte con la Covid -19 "è sicura". Con il cluster 2, in rapporto con le variabili illustrative "sopra i 70 anni", e "seconda estensione" - ovvero non si sa più quando la pandemia finirà - emerge la sofferenza. Con il lockdown ci si sente forzati a stare nell'ambito familiare, privati di tutti quegli accorgimenti che la convivenza in famiglia, fatta di va e vieni, di spazi conquistati, in genere permette; c'è rabbia, angoscia, frustrazione. Nel vissuto degli intervistati mancano relazioni amicali da alimentare via internet, il rapporto è limitato alla famiglia: genitori, figli, mamma, papà, bambini, ragazzi, nonni sono le parole dense sull'"altro". È una convivenza difficile, intrisa di solitudine, di costrizione, di sofferenza. Qui, l'altro è scontato: sono le relazioni familiari vissute come prescritte e ovvie, dalle quali usualmente si evade andando a scuola, al lavoro, per negozi e in mille altri modi. Non emerge la potenziale ricchezza del contesto sociale più ampio. Qui l'altro viene a noia nell'implosione forzata dei rapporti familiari; lo spazio domestico si fa sempre più stretto con il passare dei giorni, e l'assenza di alternative rende insopportabile il tran-tran familiare<sup>13</sup>. Potremmo dire che in questo cluster il tempo è fermo: la routine non si può replicare, e si attende che torni, senza la possibilità di "inventare" nessun nuovo contesto di relazione nel presente.

C'è infine l'"altro" identificato con i politici, i sanitari e i medici, i virologi in particolare, gli economisti, gli imprenditori. I "personaggi" ricordati – come abbiamo detto – sono Salvini e Trump; persone di un altro pianeta. Sono "altri" estranei, poteri impotenti, incapaci di gestire l'emergenza, incerti sul da farsi, capaci di menzogne. È un altro lontano, come è lontana la politica, impotente al pari del sistema sanitario nel vissuto degli intervistati. Questo "mondo", della televisione, dei media in generale, dei personaggi, delle dichiarazioni, degli scandali, dei pettegolezzi, dell'inerzia, della corruzione, dell'arroganza del potere fine a sé stesso, appare lontano. E per certi versi inutile, in un frangente – la pandemia – ove il "noi" e il "loro" sono vicini emozionalmente, fanno parte dell'universo dei vissuti di perdita di riferimenti abituali, dove tutto è vicino, univoco nella drasticità del "contagiato – salvo (per ora) dal contagio", e del "tutto ciò che è abituale, è interrotto". Qui le variabili illustrative sono "lockdown", "sesso maschile", "età 30/49". Nel cluster c'è la risposta emozionale all'interruzione di tutte le attività abituali, al forte rallentamento se non all'arresto del mondo produttivo,

---

<sup>13</sup> Il 20 marzo 2020, sul sito di Amnesty International si denuncia un incremento di violenza domestica nei confronti delle donne:

<https://www.amnesty.it/covid-19-in-italia-in-aumento-casi-di-violenza-domestica-nei-confronti-delle-donne/>

dell'economia; rallentamento nei confronti del quale si rivela l'impotenza delle classi dirigenti, ma anche degli uomini intervistati che appartengono all'età, in ipotesi, più produttiva.

### *Pandemia e relazione sociale*

Le interviste mostrano come la pandemia sconvolga gli abituali vissuti della relazione. La possibilità di contagio comporta un'alterazione emozionale dell'altro e del contesto in cui ci si metteva in relazione. Tutti, nessuno escluso, sono minacciati dal virus e potenziali portatori del virus. Tutti sono potenziali "nemici". I diagnosticati non contano: sono già condannati. Nei non contagiati - la grande maggioranza della popolazione e la totalità, all'epoca della ricerca, dei nostri intervistati - si perverte lo schema amico-nemico su cui fondiamo la socialità, resa possibile dalla configurazione emozionalmente "amica"<sup>14</sup> dell'altro, a meno che non si dimostri il contrario. Sottolineiamo che amico e nemico, nel modello utilizzato per la ricerca, sono connotazioni emozionali, non eventi. La distinzione tra fatti e vissuti è fondamentale per cogliere, nella cultura degli intervistati, i cambiamenti conseguenti alla pandemia.

L'assunto emozionale "tutti sono amici, a meno che non si dimostri il contrario", è reso possibile da una serie di elementi che organizzano il contesto, sino a prova contraria. Dallo stato di diritto alle buone maniere, dalle differenze sociali alle forze dell'ordine, dalle religioni alle culture, dalla convenienza economica o di convivenza alla funzione educativa (familiare, scolastica, civile, religiosa, culturale). Queste e altre componenti contestuali condizionano la simbolizzazione amica dell'altro, "a meno che". Tutti viviamo nella ritualizzazione della simbolizzazione amica dell'altro, anche se spesso non ci rendiamo conto dell'importanza che ha. Entro la simbolizzazione amica dell'altro, nella convivenza, si declinano le più diverse modalità di configurarlo emozionalmente. Si pensi alle categorie affettive con cui l'altro può essere vissuto: dentro-fuori; davanti-dietro; alto-basso.

Con la pandemia tutto questo, profondamente radicato nella nostra cultura, viene meno. Lo schema amico-nemico si perverte: l'altro è un nemico potenziale, tutti noi lo siamo. Nella pandemia si pone, inizialmente, la dicotomia "noi senza il virus" - "altri con il virus". Entro il "noi senza il virus" si verifica la perversione dell'assunto in cui l'altro è "amico, a meno che": l'altro diventa "nemico, a meno che". Un "a meno che", per altro, indimostrabile. Si istituisce così, collettivamente, la neo-emozione della diffidenza: l'altro amico, non è poi così certo che sia amico per davvero. L'altro non comunica segnali che lo connotino quale nemico, come pure accade a ciascuno di noi. Non si è reciprocamente nemici, ma nemmeno amici. "Loro con il virus" sono venuti a contatto con nemici che non sapevano di esserlo, e lo pagano a caro prezzo. La difesa consiste nel simbolizzarci, tutti, quali potenziali nemici.

La diffidenza, eletta a misura di tutte le relazioni, crea una drastica perdita emozionale. Ci si rifugia nel gruppo dei conviventi, spesso i familiari - per definizione amici - ma privi dell'alterità che ci fa esistere quali persone sociali, appartenenti a più gruppi di riferimento e capaci di produttività volta a cambiare il contesto. Si può allora comprendere la rilevanza emozionale del gruppo, nel cluster 4. Quel gruppo esiste in quanto fondato sulla *simbolizzazione collusiva reciproca amica*, dove rivivere una relazione trasformativa, costruttiva di identità nuove, di comunicazione reciproca volta a conoscere il contesto condiviso, a cambiarlo, a sperimentare nuove simbolizzazioni emozionali tramite la comunicazione. Il gruppo, ripristinato con internet, rassicura sul proprio statuto di esseri sociali, capaci di utilizzare la relazione - fuori dal gruppo familiare - per esplorare nuove reciprocità, inaspettate condivisioni emozionali. Con il gruppo "altro" si ripristina la relazione con l'amico. Questo avviene grazie al divertirsi, al "*dis - vertere*" nel senso di prendere una direzione diversa da quella ortodossa, prescritta. Divertirsi, trasgredire (*trans - gredi*), rappresentano l'andare oltre i precetti comandati per il gruppo familiare (l'ortodossia o la diritta via), ove impera la doverosità amica, per esplorare l'ignoto, percorrere emozionalmente la realtà in modo non previsto dalle abituali norme di convivenza. Norme familiari, come dicevamo; ma anche, più in generale, tutte quelle norme abituali che la pandemia ha interrotto, con lo

---

<sup>14</sup> La connotazione "amica" dell'altro comporta, come già abbiamo rilevato, anche la conflittualità entro le relazioni sociali. "Amico", è importante sottolinearlo, indica una possibile condivisione del contesto di convivenza: entro tale contesto sono possibili conflitti, rivalità, falsità, violenze, assieme a condivisioni di interessi e costruzioni di interessanti "cose terze". La conflittualità con la figura amica fa parte della convivenza. La conflittualità con il "nemico", di contro, comporta una ritualizzazione del conflitto, la costruzione di sistemi di appartenenza contrapposti, socialmente riconosciuti entro il più ampio sistema sociale. Il conflitto con l'amico concerne, ad esempio, le beghe tra vicini di casa, la rivalità tra gruppi di potere all'università, i conflitti tra opposte tifoserie nel gioco del calcio, il maschilismo violento nei confronti della donna. I conflitti istituzionalizzati tra "nemici" riguardano, sono sempre esempi, i rapporti tra arabi e israeliani, i conflitti razziali, i conflitti finanziari.

straniante effetto di disorientare profondamente, ma anche di “liberarcene”. Questo, pensiamo, è stato l’effetto del lockdown di marzo 2020 e delle sue prime estensioni; sarebbe ben diverso se un lockdown dovesse ripresentarsi, come si teme mentre scriviamo.

### *Vissuti e fatti al tempo della Covid-19*

Due sono le strade per mistificare l’approccio psicoanalitico ai vissuti emozionali evocati dal contesto della pandemia, sia nelle singole persone che nella lettura della dinamica collusiva. La prima è quella di confondere i vissuti, condivisi collusivamente, con i fatti, con gli eventi concreti della realtà pandemica. La seconda è quella di far dipendere i vissuti collusivi, con le emozioni che li sostanziano, dai fatti caratterizzanti la pandemia. Abbiamo proposto di chiamare questa “perversione” della relazione tra fatti e vissuti: “errore d’esperienza” (Carli, 2019). Vediamo di che si tratta.

Con AET abbiamo individuato cluster, o repertori culturali, caratterizzanti il testo raccolto con interviste e focus-group. Come abbiamo detto, dal primo di marzo 2020 all’inizio di maggio dello stesso anno, al testo hanno contribuito 419 persone. Gli interpellati erano invitati a parlare dei loro vissuti, evocati dalla “vicenda coronavirus”. Il senso comune vuole che i vissuti siano “causati” da fatti; qui, dalla pandemia nella sua fattualità concreta. La domanda - stimolo, d’altro canto, parlava specificamente di “vicenda coronavirus”. Per “vicenda” s’intende l’insieme di scambi, conversazioni, informazioni, commenti, dati, notizie, pareri di esperti, ma anche di reazioni di persone comuni, personaggi della politica, dello sport, dell’economia, del gossip, condivise in famiglia, nei rapporti amicali, su internet o trasmesse in televisione, riportate sui quotidiani.

Quanto gli interpellati hanno verbalizzato, dunque, può essere considerata l’elaborazione emozionale – da parte degli intervistati – nei confronti di questo insieme di informazioni e comunicazioni. In altri termini, gli intervistati non hanno riportato fatti o emozioni evocate da fatti; hanno parlato dei loro vissuti. Vissuti sperimentati in concomitanza di una congerie di stimoli e interazioni contestuali. L’AET ha estratto – dall’insieme delle verbalizzazioni – nuclei collusivi, corrispondenti ai cluster di parole dense, espressivi dei diversi modelli di simbolizzazione emozionale della pandemia che attraversano il corpus testuale.

I cinque cluster individuati, e il loro rapporto nello spazio fattoriale, hanno poco a che vedere con i “fatti” della Covid -19. I dati emersi aiutano piuttosto a comprendere come gli interpellati hanno costruito l’insieme dei loro vissuti emozionali, a partire dalla parola “coronavirus”, evocante un evento condiviso da tutti. È emersa una dinamica emozionale che non reagisce alla vicenda coronavirus, ma ne ricostruisce le rappresentazioni collusive, condivise dai partecipanti alla ricerca.

Guardiamo, ad esempio, a come viene vissuto chi è stato infettato (cluster 3). Va premesso che tutti gli interpellati pensavano di essere esenti dal virus. I malati e i curanti sono rappresentati - emozionalmente - come un “altro mondo”, a tal punto lontano da non evocare emozioni di partecipazione. A “loro” è toccata la sfortuna, “noi” siamo salvi e dobbiamo evitare a tutti i costi di infettarci. Questo vissuto può essere condiviso anche da chi ci legge, al punto da far pensare che sia ovvio, comune a tutti. Quindi è un “fatto”. Tutt’al più, è un vissuto che dipende dai fatti. Questo è il rischio di un senso comune che non conosce le proprie emozionalità collusive, o le giustifica quali risposte scontate, ovvie, ai fatti della realtà.

Un confronto? Per la cultura collusiva del cluster 3, *morire* e *decessi* sono parole dense con elevato valore di chi<sup>2</sup>; ovvero, contribuiscono in modo elevato alla riduzione di polisemia che organizza questa cultura emozionale. *Guarire* appare con un più basso valore di chi<sup>2</sup>. Nella realtà, il 16 ottobre 2020 – data in cui abbiamo effettuato il confronto - i dati per l’Italia dicono che su 355.184 casi di Covid -19, 107.312 sono attualmente positivi, 247.872 sono i dimessi/guariti e 36.427 i decessi<sup>15</sup>. La morte, come esito quasi certo della Covid -19, è un evento costruito emozionalmente. Che fonda un altro evento costruito emozionalmente: l’isolamento sociale.

Il lockdown è, spesso, rappresentato come obbedienza a un “ordine” del governo. Tutti ricordiamo la sera del 9 marzo 2020, quando il Presidente del Consiglio appare in televisione e comunica che tutto il paese – con Decreto della Presidenza del Consiglio - viene dichiarato “zona rossa” e tutti gli italiani sono invitati perentoriamente all’isolamento domiciliare. Questi i fatti. Nel vissuto degli interpellati, l’isolamento domiciliare non è l’obbedienza a un Decreto, ma l’iniziativa di chi non è infetto e si vuole difendere dal pericolo di “passare dall’altra parte”. In concomitanza con il Decreto, il vissuto è quello di aver messo in atto l’unica difesa efficace: l’evitamento di ogni contatto con ogni “altro”. Tutti gli altri, per le persone ancora “salve”, rappresentavano un pericolo potenziale, senza possibilità di discriminazione. Il lockdown, *nel vissuto degli intervistati*, è stato messo in atto spontaneamente dalle persone ancora non infette.

<sup>15</sup> Fonte: <https://lab.gedidigital.it/gedi-visual/2020/coronavirus-i-contagi-in-italia/>

Prima di qualsiasi atto d'ordine pubblico, la scissione tra “loro” rinchiusi in ospedale – bolgia “infernale”, e “noi” sani, scissione che interrompe i rapporti inaugurando un'esperienza sociale inedita di sospetto, viene rappresentata quale unica, anche se problematica, esperienza messa in atto spontaneamente da tutti i “sani”. Senza questo vissuto difensivo, emerso nella nostra ricerca, il Decreto avrebbe avuto poche possibilità di tradursi in realtà.

Nella nostra ottica, quindi, non è corretto affermare che la pandemia (fatto) ha evocato questa o quella dinamica emozionale collusiva (vissuto). Interessante, ad esempio, guardare all'irrelevanza – nella gestione della pandemia e del suo controllo – attribuita a politica, economia, finanza, istituzioni. Di fronte all'allarme, condiviso dagli interpellati, nei confronti di un pericolo incombente e non controllabile, sembra interrotta anche la dipendenza dai sistemi d'informazione, fortemente attenuata la curiosità morbosa su vicende estranee alle persone, ma emozionalmente stimolanti. C'è un'emozione di diffidenza nei confronti delle istituzioni, il timore che possano mentire, nel tentativo di manipolare ancora una volta l'opinione dei cittadini e il loro giudizio. Gli interpellati mostrano – nei confronti delle istituzioni – un giudizio severo; una severità che si esprime – collusivamente - nell'allontanare emozionalmente le vicende “pubbliche”, nel conferire rilevanza urgente e prioritaria ai problemi personali di salute e di contagio. Siamo confrontati con un vissuto collusivo che destruttura la rilevanza usualmente conferita ai media, e alla politica così come la si conosce tramite i media. Il rapporto con il gruppo degli amici, il recupero a distanza di una socialità che l'evitamento del contagio valorizza nella sua rilevanza, prendono il posto della dipendenza dai media e dall'appassionarsi a conflitti, eventi, decisioni, dicerie, pettegolezzi, che in questo frangente vengono allontanati sino all'irrelevanza.

Contrariamente al senso comune, gli “amici”, il gruppo extrafamiliare, sono molto più importanti, nel vissuto di chi affronta l'isolamento sociale della pandemia, del gruppo familiare. La relazione familiare è vissuta come forzata; la quarantena come la costrizione a un'implosione entro il sistema familiare. Tutto questo è vissuto con rabbia, sofferenza. Le relazioni familiari non bastano per ritrovare la socialità minacciata dal sospetto. Emerge con forza la rilevanza dei legami sociali extrafamiliari, per una completezza della propria identità sociale. Questo aiuta a comprendere l'immediata ripresa di riti sociali, non solo familiari ma anche “amicali”, quali compleanni, matrimoni, funerali, appena si è allentata la paura del contagio. Al contempo gruppi di giovani e giovanissimi si sono uniti in assembramenti – senza alcuna protezione nei confronti della Covid -19 - passeggiando rumorosamente, in piena notte, anche in vicoli e viuzze prima della pandemia silenziosi, del centro storico di molte città. Si tratta di un fenomeno interessante, che parla dell'ansia che motiva alla ripresa, a volte compulsiva, di relazioni amicali, spinti dal bisogno di confermare la propria esistenza “sociale”, l'appartenenza a una socialità ritrovata, dopo la forzata “reclusione” familiare. Nell'“uscita” dal lockdown abbiamo verificato quanto sia rilevante, per la propria identità, l'esperienza di una socialità che emancipa dalle relazioni familiari, vissute prevalentemente, se non esclusivamente, quali fonti di controllo, di riconduzione alla norma e quali occasioni di violenza.

### *L'ingiunzione paradossale e le sue conseguenze*

Arrivano agosto e le vacanze. La vita riprende, c'è l'illusione che il coronavirus, in Italia, stia lentamente scomparendo. A luglio la Protezione Civile dice che i nuovi contagi s'attestano giornalmente tra i 200 e i 300; le persone in terapia intensiva sono meno di 100, i decessi sono drasticamente diminuiti. Dati rassicuranti. Si fa fatica ad accettare che questi dati sono il risultato di un isolamento domestico durato qualche mese e di una controllata ripresa delle attività. Con le vacanze, succede quanto era prevedibile e al contempo difficile da contenere: assembramenti ovunque, non solo nelle discoteche impropriamente aperte – anche se poi richiuse – ma pure sui sentieri di montagna. Tutti impazziti? Dopo Ferragosto i contagi si attestano attorno ai mille casi giornalieri. A fine settembre riaprono le scuole “in presenza” e molte attività lavorative o ludiche riprendono un ritmo quasi normale. A metà ottobre i contagi giornalieri aumentano in modo esponenziale, arrivando a cifre mai raggiunte durante la crisi pandemica di marzo. Si profila la necessità di un nuovo lockdown. Vediamo di capire.

Il Ministro della sanità afferma, agli inizi di luglio: “La fase dei blocchi è superata. Il Governo non poteva chiudere tutto, anche d'estate.”. Il messaggio delle autorità politiche e sanitarie è di godersi le meritate vacanze, dopo il lungo isolamento; al contempo, di non allentare l'attenzione e di utilizzare le necessarie misure di protezione: distanziamento, mascherina, igiene delle mani.

È un'ingiunzione paradossale. Watzlawick la identificava nel “devi essere libero!”. La libertà è anche libertà dal dovere: non la si può perseguire doverosamente. La ricerca mostra che la pandemia ha contribuito a una simbolizzazione dell'altro ove la diffidenza motiva l'evitamento di ogni contatto in modo indifferenziato:



chiunque potrebbe essere un “nemico – contagioso”. La diffidenza di tutti verso tutti ha comportato, nei “sani”, un isolamento sociale rigoroso, per non precipitare tra i “loro” malati, in balia di una sanità impotente. Il distanziamento sociale è stato drastico e unanime, e ha reso possibile l’invenzione di nuove ritualità sociali; il vissuto dei partecipanti alla ricerca è stato quello di una iniziativa spontanea, non “comandata” da autorità politiche e sanitarie. Con le vacanze, con l’invito a far ripartire l’economia, riprendendo la vita usuale, il messaggio emozionale prevalente è stato quello di una attenuazione marcata del pericolo di contagio. Con l’autunno e la riapertura delle scuole tutto questo si è ulteriormente rafforzato nel vissuto delle persone, dei giovani in particolare.

Sul piano della simbolizzazione emozionale l’altro è “amico”, o “nemico”. Non ci sono alternative. È una contraddizione che le persone vadano al mare per prendere il sole e fare il bagno, ma con la mascherina e nel distanziamento. La contraddizione è ancor più palese in una discoteca: centinaia di ragazzi che bevono, “fumano”, ballano, cantano ... ma con la mascherina e a un metro e mezzo l’uno dall’altro!

“Il Governo non poteva chiudere tutto anche d’estate”: è palese l’impotenza del politico, di fronte alla comprensibile pressione di albergatori, gestori di ristoranti, bagni, piscine, palestre, bar, luoghi di ristoro, ritrovi notturni, negozi e tanto altro ancora. Il messaggio è stato: l’altro non è più pericoloso. L’aggiunta dell’invito alla prudenza è paradossale. Molti l’hanno derisa. Basti pensare agli sberleffi ai quali sono andati incontro i giovani che si sono presentati in pizzeria, alla tavolata gremita di amici, con la mascherina.

Si è detto da più parti che, sino all’arrivo del vaccino, dobbiamo imparare a convivere con il virus. Cosa significa? Nella fase acuta della pandemia, la difesa emozionale si è inverte nella scissione “noi” sani e “loro” malati, con una sorta di perversione del “noi”, ove ognuno è diventato una potenziale minaccia nei confronti di tutti gli altri. Questo ha inaugurato una nuova socialità, ove si sono perse tutte le ritualità relazionali abituali. Per molti è rimasta solamente la ritualità della relazione intra-familiare, annoiata e spesso conflittuale. Altri hanno inventato nuove ritualità, grazie alla rete.

Se la convivenza con il virus significa convivere con l’ingiunzione paradossale, sarà una convivenza impossibile. Certamente andremo incontro a una diffusione elevata dei contagi. Per capire cosa succederà, abbiamo avviato una seconda fase della ricerca, che concerne i vissuti del “convivere con il virus”.

### Bibliografia

- Agamben, G. (2020). *Contagio* [Contagion]. Retrieved from <https://www.quodlibet.it/giorgio-agamben-contagio>
- Amicosante, E., Barbizzi, L., Bernardini, G., Bianco, M., Pantani, G., Ranieri, ... Spiropoulos, S. (2020). L’intervento psicoanalitico psicosociale entro un servizio di assistenza domiciliare per minori durante l’emergenza sanitaria Covid-19 [Psychosocial psychoanalytic intervention within a home care service for minors during the Covid-19 health emergency]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 8(1), 21-23. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/ojs/index.php/quaderni/article/view/803>
- AMREF Health Africa (2020). *Senegal, un modello di eccellenza* [Senegal, a model of excellence]. Retrieved from <https://www.amref.it/2020-09-16-COVID19-il-Senegal-un-modello-di-eccellenza>
- Asmundson, G.J., & Taylor, S. (2020). Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. *Journal of anxiety disorders*, 70, 102196. doi:10.1016/j.janxdis.2020.102196
- Arienzo, A., Civerra, A., Di Giamberardino, S., Esposito, O., & Zanfino, S. (2020). L’intervento psicologico con la marginalità nel contesto Covid-19: Dall’agire controllo al riconoscere domande di rapporto [Psychological intervention with marginalization in the Covid-19 context: From acting in control to recognizing relationship questions]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 8(1), 9-20. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/ojs/index.php/quaderni/article/view/797>
- Arisi Rota, A. (2020). Contexts and debates. The invisible enemy: A historian’s short tale of Covid-19 in Italy. *Modern Italy*, 25(3), 237–241. doi:10.1017/mit.2020.36
- Arora, A., Jha, A.K., Alat, P., & Das, S.S. (2020). Understanding coronaphobia. *Asian Journal of Psychiatry*, 54, 102384. doi:10.1016/j.ajp.2020.102384

- Bertolini, E. (2020). Cinquanta sfumature di ... negazionismo da Coronavirus [Fifty Shades of... Coronavirus Denial]. *DPCE Online*, 2, 1-24. Retrieved from <http://www.dpceonline.it/index.php/dpceonline/article/view/1045>
- Bianchi, R. (2020). *La spagnola: Appunti sulla pandemia del Novecento* [The Spaniard: Notes on the pandemic of the twentieth century]. Retrieved from <https://amicidipassatoepresente.wordpress.com/2020/03/31/la-spagnola-appunti-sulla-pandemia-del-novecento-robotto-bianchi/>
- Bonato B. (2020). *Fermarsi sulla soglia, Aut Aut – Riflessioni a partire dalla pandemia* [Stopping on the threshold, Aut Aut - Reflections starting from the pandemic]. Retrieved from <https://autaut.ilsaggiatore.com/2020/04/fermarsi-sulla-soglia/>
- Bucci, A., Cioccolo, D., & Rocca, S. (2020). *Quali priorità nella ripartenza? L'opinione di imprenditori e manager* [What priorities in the restart? The opinion of entrepreneurs and managers]. Retrieved from <https://www.mark-up.it/quali-priorita-nella-ripartenza-lopinione-di-imprenditori-e-manager/>
- Burke, J. (2015). *Paura: Una storia culturale* [Fear: A Cultural History]. Milano: Laterza.
- Butler J, & Athanasiou, A. (2013). *Spoliazione: I senza casa, senza patria, senza cittadinanza* [Dispossession: The homeless, without a country, without citizenship]. Milano: Mimesis.
- Carli, R. (1990). Il processo di collusione nelle rappresentazioni sociali [The process of collusion in social representations]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3, 282-296.
- Carli, R. (2016). I fondamenti teorici dell'intervento psicologico clinico [Theoretical foundations of clinical psychological intervention]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 4-15. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/ojs/index.php/quaderni/article/view/623/665>
- Carli, R. (2018). Inconscio, culture locali e linguaggio: Linee guida per l'Analisi Emozionale del Testo (AET) [Unconscious, local cultures and language: Guidelines for the Emotional Text Analysis (AET)]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 7-33. doi:10.14645/RPC.2018.2.739.
- Carli, R. (2019). Vissuti e fatti: Scientificità e scientismo in psicologia clinica [Experiences and facts: Scientificity and scientism in clinical psychology]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 28-60. doi:10.14645/RPC.2019.1.756
- Carli, R. (2020). *Vedere, leggere, pensare emozioni: Pagine di Psicoanalisi* [Seeing, reading, thinking emotions: Pages of Psychoanalysis]. Milano: Franco Angeli.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2002). *L'Analisi Emozionale del Testo: Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi*. [The Emotional Text Analysis: A psychological tool for reading texts and discourses]. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda: Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica* [Analysis of demand: Theory and technique of intervention in clinical psychology]. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2020). Paura [Fear]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 15(1), 128-147. doi:10.14645/RPC.2020.1.792
- Carli, R., Paniccia, R.M., Caputo, A., Dolcetti, F., Finore, E., & Giovagnoli, F. (2016). La relazione che organizza il contesto sanitario: Domanda dell'utenza e risposta dei servizi sanitari, nel territorio e nell'ospedale [The relationship which organizes the healthcare context: Users' demand and response of healthcare services, in the territory and the hospital]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 7-44. doi:10.14645/RPC.2016.1.608
- Carli, R., Paniccia, R.M., Dolcetti, F., Policelli, S., Atzori, A., Civitillo, A., ... Fiorentino, R. (2016). La rappresentazione del rapporto tra utenti e sistema sanitario: I modelli culturali del personale ospedaliero [The representation of the relationship between users and the healthcare system: Hospital staff cultural models]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 89-118. doi:10.14645/RPC.2016.1.609
- Carli, R., Paniccia, R.M., Giovagnoli, F., Caputo, A., Russo, E., & Finore, E. (2016). La rappresentazione del rapporto tra utenti e sistema sanitario: I modelli culturali dei medici di medicina generale [The

- representation of the relationship between users and healthcare system: Cultural models of general practitioners]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 67-88. doi:10.14645/RPC.2016.1.607
- Carli, R., Paniccia, R.M., Giovagnoli, F., Carbone, A., & Bucci, F. (2016). Emotional Textual Analysis. In L.A. Jason & D.S. Glenwick (Eds.), *Handbook of methodological approaches to community-based research: Qualitative, quantitative, and mixed methods* (pp. 111-117). New York, NY: Oxford University Press.
- Cash, R., & Patel, V. (2020). Has COVID-19 subverted global health?. *The Lancet*, 395(10238), 1687-1688. doi:10.1016/S0140-6736(20)31089-8
- Cea, R. (2020). Le epidemie di colera nell'Ottocento: Modelli sanitari in Europa e in Italia [The cholera epidemics in the nineteenth century: Health models in Europe and in Italy]. In A. Guigoni & R. Ferrari (Eds.), *Pandemia 2020: La vita quotidiana in Italia con il Covid-19* (pp. 18-23). Danyang: M&J Publishing House.
- Charters, E., & McKay, R. A. (2020). The history of science and medicine in the context of COVID-19. *Centaurus*, 62(2), 223-233. doi:10.1111/1600-0498.12311
- CNOP (2020a). *L'Ordine degli Psicologi sul Coronavirus: Indicazioni per cittadini e psicologi, supporto alle autorità* [The Order of Psychologists on Coronavirus: Information for citizens and psychologists, support to the authorities]. Retrieved from <https://www.psy.it/gli-psicologi-sul-coronavirus>
- CNOP (2020b). *Vademecum psicologico coronavirus per i cittadini: Perché le paure possono diventare panico e come proteggersi con comportamenti adeguati, con pensieri corretti e emozioni fondate* [Coronavirus psychological handbook for citizens: Why fears can become panic and how to protect yourself with appropriate behavior, with correct thoughts and well-founded emotions]. Retrieved from <https://www.psy.it/vademecum-psicologico-coronavirus-per-i-cittadini-perche-le-paure-possono-diventare-panico-e-come-proteggersi-con-comportamenti-adeguati-con-pensieri-corretti-e-emozioni-fondate>
- Corso, M. (2020). *Lo Smart Working ai tempi del Coronavirus - Politecnico di Milano School of Management*. [Smart Working in the time of Coronavirus - Politecnico di Milano School of Management]. Retrieved from <https://www.som.polimi.it/lo-smart-working-ai-tempi-del-coronavirus/>
- Cosmacini, G. (2005). *Storia della medicina e della sanità in Italia: Dalla peste nera ai giorni nostri* [History of medicine and health in Italy: From the black plague to the present day]. Taranto: Editori Laterza.
- Coveri, A., Cozza, C., & Nascia, L. (2020). *Catene globali del contagio e politica industriale* [Global chains of contagion and industrial politics]. Retrieved from: <http://sbilanciamoci.info/catene-globali-del-contagio-e-politica-industriale/>
- Crawford, J., Butler-Henderson, K., Rudolph, J., Malkawi, B., Glowatz, M., Burton, R., ... & Lam, S. (2020). COVID-19: 20 countries' higher education intra-period digital pedagogy responses. *Journal of Applied Learning & Teaching*, 3(1), 1-20. Retrieved from: <https://journals.sfu.ca/jalt/index.php/jalt/article/view/191>
- D'Orsi, L. (2020). Onde di paura [Waves of fear]. *Psiche*, 1, 135-148.
- Davis, M. (2002). *Olocausti tardovittoriani: El Niño, le carestie e la nascita del Terzo Mondo* [Late Victorian Holocausts: El Niño, famines and the birth of the Third World]. Milano: Feltrinelli.
- Di Cesare, D. (2020). *Virus sovrano? L'asfissia capitalistica* [Sovereign virus? Capitalist asphyxiation]. Torino: Bollati Boringhieri.
- Draghi, M. (2020, August 18). Il discorso di Mario Draghi al 41° Meeting per l'amicizia tra i popoli - Rimini, 18 agosto 2020 [Mario Draghi's speech at the 41st Meeting for Friendship among Peoples - Rimini, 18 August 2020]. *IlSole24ore*. Retrieved from <https://www.ilsole24ore.com/art/l-intervento-draghi-ADX9uyj>
- Esposito, R. (1998). *Communitas: Origine e destino della comunità* [Communitas: Origin and fate of the community]. Torino: Einaudi.

- Fini, V. (2020). Editoriale [Editorial]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 8(1), 1-8  
Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/ojs/index.php/quaderni/article/view/806/793>
- Fini, V., & Belladonna, V. (2016). *Progetto Pilota di Valutazione Locale: Studio di caso. Comune di Melpignano. Come Stato centrale, Fondazioni e Regioni possono sollecitare la progettualità locale* [Local Evaluation Pilot Project: Case Study. Municipality of Melpignano. As a central state, Foundations and Regions can solicit local planning]. Retrieved from [http://valutazioneinvestimenti.formez.it/sites/all/files/rapporto\\_progetto\\_pilota\\_reves\\_06\\_03\\_2017.pdf](http://valutazioneinvestimenti.formez.it/sites/all/files/rapporto_progetto_pilota_reves_06_03_2017.pdf)
- Foreign Policy (2020). *The Covid-19 global response index*. Retrieved from <https://globalresponseindex.foreignpolicy.com/>
- Fumian, M. (2020). Controllare il virus: Parlare di epidemia nella Cina di oggi [Controlling the virus: Talking about the epidemic in China today]. In A. Guigoni & R. Ferrari (Eds.), *Pandemia 2020: La vita quotidiana in Italia con il Covid-19* (pp. 32-25). Danyang: M&J Publishing House.
- Garfin, D.R., Silver, R.C., & Holman, E.A. (2020). The novel coronavirus (Covid-2019) outbreak: Amplification of public health consequences by media exposure. *Health Psychology*, 39(5), 355-357. doi:10.1037/hea0000875.
- Gaudillière, J., Keck, F., & Rasmussen, A. (2020). *Des virus, des humains, des savoirs, des épidémies: La construction sociale de quoi?* [About Viruses, humans, knowledge, epidemics: The social construction of what?]. Retrieved from <https://www.ehess.fr/fr/carnet/coronavirus/virus-humains-savoirs-%C3%A9pid%C3%A9mies-construction-sociale-quoi>
- Ghebreyesus, A.T. (2020). Addressing mental health needs: An integral part of CoViD-19 response. *World Psychiatry*, 19, 129-130. doi:10.1002/wps.20768
- Griziotti, G. (2020). *Sul Covid-19: Iintervista a Gianfranco Pancino* [On Covid-19: Iinterview with Gianfranco Pancino]. Retrieved from <http://effimera.org/sul-covid-19-intervista-a-gianfranco-pancino-di-giorgio-griziotti/>
- Censis (2020). *Italia sotto sforzo. Diario della transizione 2020: 1. La scuola e i suoi esclusi* [Italy under stress. Diary of transition 2020: 1. The school and its excluded]. Retrieved from <https://www.censis.it/formazione/1-la-scuola-e-i-suoi-esclusi/la-scuola-e-i-suoi-esclusi>
- Guigoni, A., & Ferrari, R. (Eds.). (2020). *Pandemia 2020: La vita quotidiana in Italia con il Covid-19* [Pandemic 2020: Daily life in Italy with Covid-19]. Danyang: M&J Publishing House.
- Gulisano, P. (2006). *Dalla peste all'aviazione: Storia, letteratura, medicina* [From avian plague: history, literature, medicine]. Milano: Ancora.
- Istituto Superiore di Sanità (2007). *Entra in vigore il nuovo regolamento sanitario internazionale: Nuove opportunità per rispondere alle minacce globali di salute* [New International Health Regulations Enter into Force: New Opportunities to Respond to Global Health Threats]. Retrieved from <https://www.epicentro.iss.it>
- Klein, A. (2017). *La fin de la biopolitique? Les transformations contemporaines de la santé politique* [The end of biopolitics? Contemporary transformations in political health]. Retrieved from <http://histoireengagee.ca/la-fin-de-la-biopolitique-les-transformations-contemporaines-de-la-sante-publique/>
- Klein, A. (2020). *Une épidémie du contrôle* [An epidemics of control]. Retrieved from <http://histoireengagee.ca/une-epidemie-du-controle/>
- Kuiper, M. E., de Bruijn, A. L., Reinders Folmer, C., Olthuis, E., Brownlee, M., Kooistra, E. B., ... & van Rooij, B. (2020). *The intelligent lockdown: Compliance with COVID-19 mitigation measures in the Netherlands*. Retrieved from <https://psyarxiv.com/5wdb3>

- Langher, V. (2020). Approfitte di una pandemia per rivedere criticamente alcuni assunti del nostro comune pensare: Sanità eccellente e psicologi curatori del disagio [Take advantage of a pandemic to critically review some assumptions of our common thinking: Excellent healthcare and psychologists who treat discomfort]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 15(1), 17-27. doi:10.14645/RPC.2020.1.799
- Lee, S.A., Jobe, M.C., Mathis, A.A., & Gibbons, J.A. (2020). Incremental validity of coronaphobia: Coronavirus anxiety explains depression, generalized anxiety, and death anxiety. *Journal of anxiety disorders*, 74, 102268. doi:10.1016/j.janxdis.2020.102268
- Livelli, F.M.R. (2020). *Ripartenza: Quali sfide devono affrontare le nostre aziende dopo il lockdown* [Restart: What challenges our companies face after the lockdown]. Retrieved from <https://www.leadershipmanagementmagazine.com>
- Luzzi, S. (2004). *Salute e sanità nell'Italia repubblicana* [Health and healthcare in republican Italy]. Roma: Donzelli Editore.
- Nacoti, M., Ciocca, A., Giupponi, A., Brambillasca, P., Lussana, F., Pisano, M., ... & Longhi, L. (2020). At the epicenter of the Covid-19 pandemic and humanitarian crises in Italy: changing perspectives on preparation and mitigation. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*, 1(2). doi:10.1056/CAT.20.0080
- Maronta, F. (2020). *Hai detto deglobalizzazione? Alti costi e incerti effetti del "divorzio" fra Usa e Cina* [Did you say deglobalization? High costs and uncertain effects of the "divorce" between the US and China]. Retrieved from <https://www.limesonline.com/cartaceo/hai-detto-deglobalizzazione-alti-costi-e-incerti-effetti-del-divorzio-fra-usa-e-cina?prv=true>
- Martin, E. (1994). *Flexible Bodies: Tracking Immunity in American Culture - from the Days of Polio to the Age of AIDS*. Boston: Beacon.
- Mattioli, D., & Putzier, K. (2020, May 16). When it's time to go back to the office, will it still be there?. *The Wall Street Journal*. Retrieved from <https://www.wsj.com/articles/when-its-time-to-go-back-to-the-office-will-it-still-be-there-11589601618>
- Paniccia, R.M., Giovagnoli, F., Caputo, A., Donatiello, G., & Cappelli, T. (2019). Il fallimento delle "mete adulte tradizionali" per i giovani d'oggi: Nuove coabitazioni e nuove convivenze [The failure of "traditional adult goals" for today's young people: New cohabitations and new coexistences]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 14(2), 21-54. doi:10.14645/RPC.2019.2.785
- Paniccia, R.M., Giovagnoli, F., Bucci, F., Donatiello, G., & Cappelli, T. (2019). La crescita delle diagnosi nella scuola: Una ricerca presso un gruppo di insegnanti italiani [The increase in diagnosis in the schools: A study amongst a group of Italian teachers]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 61-94. doi:10.14645/RPC.2019.1.764
- Paniccia, R.M. (2020). Come cambia internet nel tempo della pandemia Covid19 [How the internet changes in the time of the Covid19 pandemic]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 15(1), 28-46. doi:10.14645/RPC.2020.1.794
- Parisi, S. (2020). La didattica ai tempi del coronavirus: Etnografia di un'eccezionale normalità [Didactics in the time of the coronavirus: Ethnography of an exceptional normality]. In A. Guigoni & R. Ferrari (Eds.), *Pandemia 2020: La vita quotidiana in Italia con il Covid-19* (pp. 113-118). Danyang: M&J Publishing House.
- Ponzetti, E., & Valentini, S. (2020). L'Assistenza Specialistica a scuola durante il lockdown Coronavirus: Dalla diagnosi al gruppo. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 8(1), 33-44. Retrieved from: <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/ojs/index.php/quaderni/article/view/811>
- Preciado, P.B. (2020, April 11). Les leçons du virus [Virus lessons]. *Mediapart*. Retrieved from [www.mediapart.fr/journal/culture-idees/110420/les-lecons-du-virus?onglet=full](http://www.mediapart.fr/journal/culture-idees/110420/les-lecons-du-virus?onglet=full)
- Quammen, D. (2012). *Spillover: Animal Infections and the Next Human Pandemic*. New York: W.W. Norton & Company.

- Remuzzi, A., & Remuzzi, G. (2020). COVID-19 and Italy: what next?. *The Lancet*, 395(10231), 1225-1228. doi:10.1016/S0140-6736(20)30627-9
- Rinaldi, A. (2020). *Smart working, due parole mille significati* [Smart working, two words with a thousand meanings]. Retrieved from [https://www.treccani.it/magazine/atlante/societa/Smart\\_working.html](https://www.treccani.it/magazine/atlante/societa/Smart_working.html)
- Riva, G., & Wiederhold, B.K. (2020). How cyberpsychology and virtual reality can help us to overcome the psychological burden of coronavirus. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 23(5), 277-279. doi:10.1089/cyber.2020.29183.gri
- Rosenberg, C.E. (1992). *Explaining Epidemics and Other Studies in the History of Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rovatti, P.R. (2020). *Riflessioni a partire dalla pandemia: In virus veritas* [Reflections starting from the pandemic: In virus veritas]. Retrieved from <https://autaut.ilsaggiatore.com/2020/06/in-virus-veritas-ebook/>
- Santangelo, S. (2020). Il “patriottismo economico” e la nuova politica industriale: Prospettive per il dopo Covid-19 [“Economic patriotism” and the new industrial policy: Perspectives for the post-Covid-19]. In A. Campi A. (Ed.), *Dopo. Come la pandemia può cambiare la politica, l'economia, la comunicazione e le relazioni internazionali* (pp. 135-145). Soveria Mannelli: Rubettino.
- Save the Children (2020). *L'impatto del coronavirus sulla povertà educativa* [The impact of the coronavirus on educational poverty]. Retrieved from <https://www.savethechildren.it/cosa-facciamo/pubblicazioni/impatto-del-coronavirus-sulla-poverta-educativa>
- Schirò, P., Galvano, L., & Spicola, L. (2020). La crisi sanitaria causata dal nuovo coronavirus e il mondo sommerso dei virus respiratori non influenzali: La necessità di un piano di sorveglianza globale [The health crisis caused by the novel coronavirus and the underwater world of non-influenza respiratory viruses: the need for a global surveillance plan]. *Rivista SIMG*, 27(2), 47-48.
- Sedda, F. (2020). *Il virus, gli stati, i collettivi: interazioni semiopolitiche* [The virus, states, collectives: semi-political interactions]. *Rivista E/C*, 1-23. Retrieved from: [https://iris.unica.it/retrieve/handle/11584/287580/391875/Il\\_virus\\_gli\\_stati\\_i\\_collettivi\\_interazi.pdf;jsessionid=1B2DAB9A23C7EDD903527AD59B4C1492.suir-unica-prod-01](https://iris.unica.it/retrieve/handle/11584/287580/391875/Il_virus_gli_stati_i_collettivi_interazi.pdf;jsessionid=1B2DAB9A23C7EDD903527AD59B4C1492.suir-unica-prod-01)
- Sénécat, A. (2020, October 13). Les quatre erreurs majeures d'une vidéo qui minimise la crise du Covid-19 [The four major mistakes of a video that downplays the Covid-19 crisis]. *Le Monde*. Retrieved from [https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2020/10/13/les-quatre-erreurs-majeures-d-une-video-qui-minimise-la-crise-du-covid-19\\_6055889\\_4355770.html](https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2020/10/13/les-quatre-erreurs-majeures-d-une-video-qui-minimise-la-crise-du-covid-19_6055889_4355770.html)
- Silei, G. (2020). Quali lezioni dalla crisi del Covid-19? Un approccio storico [What lessons from the Covid-19 crisis? A historical approach]. In A. Guigoni & R. Ferrari (Eds.), *Pandemia 2020: La vita quotidiana in Italia con il Covid-19* (pp. 13-17). Danyang: M&J Publishing House.
- Snowden, F.M. (2019). *Epidemics and Society: From the Black Death to the Present*. Yale: Yale University Press.
- Stein, M.B. (2020). Mental health participation in the fight against the COVID-19 pandemic. *Depression and Anxiety*, 37(5), 404-404. doi:10.1002/da.23027
- The Lancet Child Adolescent Health (2020). Pandemic school closures: risks and opportunities. *The Lancet: Child & adolescent health*, 4(5), 341. doi:10.1016/S2352-4642(20)30105-X
- Ubs & Pwc (2020). *Billionaires Insights 2020*. Retrieved from <https://www.pwc.ch/en/insights/fs/billionaires-insights-2020.html>
- United Nations Development Programme (2020). *Covid-19: Human development on course to decline this year for the first time since 1990*. Retrieved from [https://www.undp.org/content/undp/en/home/news-centre/news/2020/COVID19\\_Human\\_development\\_on\\_course\\_to\\_decline\\_for\\_the\\_first\\_time\\_since\\_1990.html](https://www.undp.org/content/undp/en/home/news-centre/news/2020/COVID19_Human_development_on_course_to_decline_for_the_first_time_since_1990.html)

- Wiederhold, B.K. (2020). Social media use during social distancing. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 23(5), 275-276. doi:10.1089/cyber.2020.29181.bkw
- Williamson, B., Eynon, R., & Potter J. (2020). Pandemic politics, pedagogies and practices: Digital technologies and distance education during the coronavirus emergency. *Learning, Media and Technology*, 45(2), 107–114. doi:10.1080/17439884.2020.1761641
- World Health Organization (2007). *International Health Regulations enter into force*. Retrieved from <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr31/en/>
- World Health Organization (2019). *Global Preparedness Monitoring Board Annual Report*. Retrieved from [https://apps.who.int/gpmb/assets/annual\\_report/GPMB\\_annualreport\\_2019.pdf](https://apps.who.int/gpmb/assets/annual_report/GPMB_annualreport_2019.pdf)
- World Health Organization (2020a). *Senegal: The current COVID-19 situation*. Retrieved from <https://www.who.int/countries/sen/>
- World Health Organization (2020b). *Post-conference webinar: 1st WHO Infodemiology Conference, 21 July 2020*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/events/detail/2020/07/21/default-calendar/post-conference-webinar-1st-who-infodemiology-conference>
- Zylberman, P. (2012). Crises sanitaires, crises politiques [Health crises, political crises]. *Les Tribunes De La Santé*, 1(34), 35-50. Retrieved from <http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2012-1-page-35.htm>

## **“Short sense of competence questionnaire”: Validation study of the Italian version in a sample of caregivers of persons with dementia**

***Marisa Menghini\**, *Rabih Chattat\*\**, *Giovanni Ottoboni\*\*\****

### *Abstract*

The sense of competence is a key factor in the success of care for people with dementia. In order to act with effective interventions, efficient measures are needed. The Short Sense of Competence Questionnaire is a suitable but little studied tool in the Italian context. After having translated and administered it locally, the questionnaire was studied along with scales to measure fatigue, distress, psycho-physical health, mood and self-efficacy of caregivers, and neuropsychiatric disorders of people with dementia. The analyses confirmed the original characteristics of the questionnaire and highlighted the reliability, internal consistency and concurrent validity. The performed translation is reliable and suitable for the contexts of prevention and intervention with the caregivers of people with dementia.

*Keywords:* caregiver; dementia; sense of competence; validation.

---

\* Master Degree in Clinical Applied Psychology, Department of Psychology “Renzo Canestrari”, Università di Bologna

\*\* MD, PhD, Professor of Clinical Psychology, Department of Psychology “Renzo Canestrari”, Università di Bologna

\*\*\* PhD, Psychologist, Department of Psychology “Renzo Canestrari”, Università di Bologna. E-mail: giovanni.ottoboni@gmail.com

The authors thank Dr. E. Mariani, ASP FERRARA and Dr. P. Milani; AMA FERRARA and P. Rossi; AUSL BOLOGNA - Distretto di Pianura Est; CENTRO DISTURBI COGNITIVI - SAN PIETRO IN CASALE and Dr. M. Vanelli; CADIAI Coop. Sociale – BOLOGNA and Dr. C. Melon; AMA AMARCORD - San Pietro in Casale (BO) and M. Leggieri e AMA AMARCORD - Castello d'Argile (BO) and C. Marcheselli.

Menghini, R., Chattat, R., & Ottoboni, G. (2020). “Short sense of competence questionnaire”: Studio di validazione della versione italiana in un campione di caregiver di persone con demenza [“Short sense of competence questionnaire”: Validation study of the Italian version in a sample of caregivers of persons with dementia]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 15(2), 64-80. doi:10.14645/RPC.2020.2.829



## **“Short sense of competence questionnaire”: Studio di validazione della versione italiana in un campione di caregiver di persone con demenza**

***Marisa Menghini\*, Rabih Chattat\*\*, Giovanni Ottoboni\*\*\****

### *Abstract*

Il senso di competenza è un fattore determinante per la buona riuscita delle cure alle persone con demenza. Per poter agire con interventi efficaci occorrono misure efficienti. Il Short Sense of Competence Questionnaire è uno strumento adatto ma poco studiato nel contesto italiano. Dopo averlo tradotto e somministrato localmente, il questionario è studiato assieme a scale per misurare l'affaticamento, il distress, la salute psico-fisica, lo stato dell'umore e l'auto-efficacia dei caregiver, ed i disturbi neuropsichiatrici delle persone con demenza. Le analisi hanno confermato i caratteri originari del questionario ed evidenziato l'affidabilità, la consistenza interna e la validità concorrente. La traduzione effettuata risulta affidabile e adatta ai contesti di prevenzione e intervento con i caregiver delle persone con demenza.

*Parole chiave:* caregiver; demenza; senso di competenza; validazione.

---

\* Dottoressa in Psicologia Clinica Applicata, Dipartimento di Psicologia “Renzo Canestrari”, Università di Bologna

\*\* Professore Associato di Psicologia Clinica, Dipartimento di Psicologia “Renzo Canestrari”, Università di Bologna

\*\*\* Psicologo, Dipartimento di Psicologia “Renzo Canestrari”, Università di Bologna. E-mail: giovanni.ottoboni@gmail.com

Gli autori ringraziano Dott.ssa E. Mariani, ASP FERRARA e D.ssa P. Milani; AMA FERRARA e P. Rossi; AUSL BOLOGNA - Distretto di Pianura Est; CENTRO DISTURBI COGNITIVI - SAN PIETRO IN CASALE e Dr. M. Vanelli; CADIAI Coop. Sociale – BOLOGNA e D.ssa C. Melon; AMA AMARCORD - San Pietro in Casale (BO) e M. Leggieri e AMA AMARCORD - Castello d'Argile (BO) e C. Marcheselli.

Menghini, R., Chattat, R., & Ottoboni, G. (2020). “Short sense of competence questionnaire”: Studio di validazione della versione italiana in un campione di caregiver di persone con demenza [“Short sense of competence questionnaire”: Validation study of the Italian version in a sample of caregivers of persons with dementia]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 15(2), 64-80. doi:10.14645/RPC.2020.2.829

## ***Introduzione***

Il termine “demenza” include un gruppo eterogeneo di condizioni patologiche acquisite con eziologia e decorso variabile ma quadri clinici simili. La demenza è una delle sindromi che le agenzie mondiali indicano tra le prossime priorità per il numero elevato di persone che ricevono queste diagnosi ogni anno (Alzheimer Europe Office, 2018; European Council, 2019; OECD, 2020; WHO & Alzheimer’s Disease International, 2012; WHO, 2017). La sindrome si manifesta con deterioramento progressivo, tale da compromettere le abituali attività della vita quotidiana e le relazioni sociali. Le limitazioni funzionali e la perdita di autonomia provocano un aumento dei bisogni sanitari e assistenziali con un forte impatto sulle famiglie (Adelman, Tmanova, Delgado, Dion, & Lachs, 2014).

Per poter agire in supporto alle difficoltà dei caregiver è importante implementare specifiche strategie basate su sensibili metodi di identificazione dei problemi. Tra i vari strumenti, lo Short Sense of Competence Questionnaire (SSCQ) misura il senso di competenza del caregiver (Vernooij-Dassen et al., 1999). Il senso di competenza descrive la percezione del caregiver di sentirsi capace di occuparsi della persona con demenza e di gestire il compito di cura, ed è stato identificato avere un ruolo moderatore nella gestione dello stress. Vernooij-Dassen (1993) e Vernooij-Dassen, Persoon e Felling (1996) individuano tre domini: la soddisfazione della persona con demenza di essere destinatario delle cure; la soddisfazione rispetto alle proprie prestazioni da caregiver; le conseguenze che il coinvolgimento nel processo di cura ha nella vita personale del caregiver. Attualmente i lavori italiani che studiano il SSCQ sono limitati (Bergonzini et al., 2011). Per tanto gli approfondimenti divengono fondamentali per quei contesti nazionali che sono interessati a poter identificare tempestivamente le situazioni a rischio, poter offrire loro adeguato supporto, e misurare quindi l’efficacia gli interventi (Pillemer, Sutor, & Wethington, 2003). Per rispondere a questa mancanza, si è tradotto il SSCQ individuando le caratteristiche psicometriche, verificando la consistenza del modello teorico di Vernooij-Dassen e colleghi (1996; vedi anche Stansfeld et al., 2019) e calcolando le relazioni del costrutto in esame con costrutti concorrenti come affaticamento (burden), il distress dovuto ai disturbi neuropsichiatrici del proprio caro, la sintomatologia depressiva, la salute psico-fisica e l’auto-efficacia percepita del caregiver. Inoltre, il costrutto è stato messo in relazione con le caratteristiche ideografiche della persona con demenza assistita dal caregiver.

## ***Materiali e metodi***

### ***Partecipanti***

Sono stati inclusi nello studio caregiver informali primari, i.e., parenti e conoscenti stretti, che si occupano della cura di una persona con demenza (disturbo neuro-cognitivo maggiore) per almeno un’ora a settimana. Il loro reclutamento è avvenuto presso realtà del territorio emiliano attraverso enti ed associazioni, strutture socio-sanitarie (n = 58), nonché contatti personali (n = 3).

Consenso informato e approvazione etica. Il Comitato Etico locale ha approvato il protocollo di ricerca. Il consenso informato scritto è stato ottenuto per ogni partecipante.

### ***Variabili considerate e strumenti di misura***

Le informazioni raccolte, gli strumenti somministrati e le variabili considerate sono i seguenti.

La Scheda socio-anagrafica ha rilevato le caratteristiche socio-demografiche del caregiver, come età, genere, livello di istruzione, stato civile, numero di ore dedicate alle cure settimanali, disponibilità di aiuto da parte di altre persone.

Il Sense of Competence Questionnaire– short version (SSCQ; Vernooij-Dassen et al., 1999) misura il senso di competenza nei caregiver informali di persone con diagnosi di demenza, è composto da 7 item con risposte misurate su scala a 5 punti: 1 ‘Completamente d’accordo’ - 5 ‘Completamente in disaccordo’. Gli item sono aggregabili in 3 domini, non sono presenti item da invertire ed il maggior punteggio indica un migliore senso di competenza. I principali punti di forza del questionario sono la brevità e la facilità di somministrazione.

Inoltre, sono state somministrate la versione italiana del Zarit Burden Interview (ZBI; Chattat et al., 2011), che rileva il carico assistenziale del caregiver in termini personali (“personal strain”) ed in termini di fatica connessa al ruolo (“role strain”) (Siegert, Jackson, Tennant, & Turner-Stokes, 2010). Lo Short-Form 12 items Health Survey (SF12; Apolone, 2001; Ottoboni, Cherici, Marzocchi, & Chattat, 2017), che valuta la salute fisica e mentale del caregiver, il Neuropsychiatric Inventory (NPI; Cummings et al., 1994) che registra la gravità e la frequenza di disturbi neuropsichiatrici, il Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale (CES-D; Pierfederici et al., 1982), che valuta la presenza e gravità di sintomi depressivi nei caregiver, la Revised Scale for Caregiver Self-Efficacy (CSE-RS; Steffen, McKibbin, Zeiss, Gallagher-Thompson, & Bandura, 2002; Grano, Lucidi, Crisci, & Violani, 2013) che valuta l’autoefficacia nei caregiver di persone con demenza.

Infine, attraverso la scheda socio-sanitaria della persona con demenza sono state registrate le caratteristiche e le variabili socio-demografiche della persona con demenza (età, sesso, livello di istruzione, stato civile, anni trascorsi dalla diagnosi), oltre ai valori dati dal Mini-Mental State Examination (MMSE; Frisoni, Rozzini, Bianchetti, & Trabucchi, 1993), quelli del Advanced Activities of Daily Living (ADL; Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe, 1963), che fornisce un punteggio indicativo delle capacità del soggetto di eseguire le attività di base, dell’Independence in Activities of Daily Living (IADL; Lawton & Brody, 1969), che misura la capacità di compiere attività strumentali di vita quotidiana più complesse, la Global Deterioration Scale (GDS; Reisberg, Ferris, deLeon, & Crook, 1982), che valuta globalmente la gravità del deterioramento cognitivo.

### *Analisi statistica dei dati*

I dati sono stati raccolti tramite questionari cartacei e trascritti integralmente.

Dopo l’analisi descrittiva del campione, si sono analizzate le caratteristiche psicometriche dello SSCQ. Nello specifico si è analizzata la coerenza interna attraverso il coefficiente  $\alpha$  di Cronbach (buona coerenza interna per  $\alpha > 0.70$ ) e la correlazione item-totale per misurare la presenza di item inconsistenti con il resto della scala (Correlazione item-totale  $> 0.20$  per ogni item). Si è poi eseguita un’analisi fattoriale confermativa sul modello a tre domini di Vernooij-Dassen e colleghi (1999), e, in fine, si è analizzata la fattibilità di uso calcolando la percentuale di risposte mancanti per ciascun item che corredeva il questionario. Nello specifico si è calcolato l’indice standardizzato dei valori mancanti come media degli stessi per caregiver diviso il numero totale degli item moltiplicato per cento.

Inoltre, sono state eseguite le analisi concorrenti. Sulla base degli studi disponibili, si sono confrontati costrutti psicologici come il distress relativo ai disturbi neuropsichiatrici della persona con demenza, alla presenza e gravità della depressione, l’affaticamento, lo stato di salute fisica e mentale e l’auto-efficacia (Stansfeld et al., 2019).

Le analisi sono state eseguite con R-Statistical Software, versione 3.52 (R Core Team, 2014).

### **Risultati**

Le caratteristiche socio-demografiche del campione di caregiver ( $n=61$ ) sono riportate in Tabella 1. Il campione di caregiver era costituito prevalentemente da donne (85%) di cui il 56% erano figlie mentre il 25% erano coniugi. L’età era compresa tra 42 e 83 anni (67% con età maggiore di 65 anni); età media = 61.3 anni, deviazione standard (DS) = 10.47. Il 69% dei soggetti era coniugato, con un livello di istruzione almeno pari al diploma di scuola superiore (67%), il 41% dei caregiver era pensionato e solo pochi risultavano disoccupati (3%). Il 69% del campione dichiarava di poter contare su supporto nel prendersi cura del proprio caro, in media i caregiver prestano cura da 4 anni e mezzo, in media circa 30 ore a settimana, il 41% dichiara di soffrire di malattia croniche.

I punteggi ottenuti dai caregiver ai vari test sono riportati in Tabella 2. Nel nostro campione il senso di competenza risulta in media 22.13 (DS = 6.56). Il campione risulta caratterizzato da un affaticamento percepito (punteggio medio totale alla ZBI = 37.8) che può essere definito “da lieve a moderato” seguendo le indicazioni di Moscardini e colleghi (2013). Ripartendo il campione nelle 4 categorie di Moscardini, i.e., 0-20: da niente a poco; 21-40: da lieve a moderato; 41-60: da moderato a severo; 61-88: severo, 5 soggetti (8%) non presentano

affaticamento; 33 soggetti (54%) presentano un affaticamento da lieve a moderato; 21 soggetti (35%) presentano un affaticamento da moderato a severo; 2 soggetti (3%) presentano un affaticamento severo. Per quanto riguarda lo stato di salute fisico risulta un punteggio medio al PCS-12 di 44.49 e per lo stato mentale un punteggio medio al MCS-12 = 44.9. Per quanto riguarda la sintomatologia depressiva, il punteggio medio al CES-D è pari a 19.39 (DS = 10.83), che colloca il campione in una fascia lieve-moderata sebbene con una grande variabilità: 27 soggetti (44%) mostrano un punteggio alla CES-D inferiore a 16 (assenza di sintomatologia depressiva), 13 soggetti (21%) mostrano un punteggio moderato e 21 soggetti (35%) mostrano una sintomatologia severa. Per quanto riguarda l'autoefficacia percepita (CSE-RS) il valore medio è pari a 92.83 (DS = 31.18).

Tabella 1. *Caratteristiche socio-demografiche del campione di caregiver*

<b>Caratteristica del caregiver (n=61)</b>	<b>Media±DS o valore e percentuale (range)</b>
<b>Età (anni)</b>	61.26±10.47 (da 42 a 83)
≥65 anni	41 (67%)
<65 anni	20 (33%)
<b>Genere</b>	
Maschile	9 (15%)
Femminile	52 (85%)
<b>Grado di parentela</b>	
Coniugi	15 (25%)
Figli	42 (69%)
altro (nuora, sorella, nipote, cognata)	4 (6%)
<b>Stato civile</b>	
Libero	10 (17%)
coniugato	42 (69%)
Vedovo	2 (3%)
Convivente	5 (8%)
Altro	2 (3%)
<b>Scolarizzazione (anni)</b>	12.08±3.77 (da 5 a 17)
scuola elementare (5 anni)	7 (11%)
scuola media inferiore (8 anni)	9 (15%)
anni dopo media inferiore senza diploma (tra 8 e 13 anni)	4 (7%)
scuola media superiore (13 anni)	27 (44%)
laurea (18 anni)	14 (23%)
<b>Occupazione attuale</b>	
Agricoltore	1 (2%)
operaio/a	9 (15%)
impiegato/a	19 (31%)
imprenditore/trice	5 (8%)
disoccupato/a	2 (3%)
pensionato/a	25 (41%)
<b>Disponibilità di supporto</b>	
Sì	42 (69%)
No	18 (29%)
NA*	1 (2%)
<b>Anni trascorsi dalla diagnosi (anni di cura) (n=53)</b>	4.49±3.38 (0.5 a 15)
meno di 1 anno	2 (3%)
1-2 anni	13 (22%)
3-4 anni	19 (31%)
>5	19 (31%)
NA*	8 (13%)
<b>Ore di cura settimanali (n=56)</b>	30.2±36.87

meno di 10	14 (23%)
10-19	14 (23%)
20-29	7 (11)
30-39	9 (15%)
40-49	1 (2%)
>50	11 (18%)
NA*	5 (8%)
<b>Presenza di malattie croniche</b>	
Si	25 (41%)
No	36 (59%)

\*NA: nessuna risposta

Tabella 2. Punteggi ai test del campione di caregiver

Questionario	media±DS (range)
<b>SSCQ (n=61)</b>	22.13±6.56 (7-33)
1. Ritengo di non avere tutto il tempo che vorrei per la mia vita privata a causa del mio familiare	2.1±1.2
2. Sono stressato/a sia per dovermi prendere cura del mio familiare che per dover far fronte alle responsabilità della famiglia o del lavoro	2.3±1.2
3. Desidererei avere rapporto migliore con il mio familiare	2.8±1.6
4. Sono teso quando interagisco con il mio familiare	3.0±1.5
5. Ritengo che il mio familiare si comporti in un certo modo per averla vinta	3.5±1.6
6. Ritengo che il mio familiare si comporti in un certo modo per infastidirmi	4.2±1.3
7. Ritengo che il mio familiare si comporti in un certo modo per manipolarmi	4.3±1.2
<b>ZBI (totale) (n=61)</b>	37.8±11.94 (11-66)
ZBI-“personale” (n=61)	14.02±6.35 (2-29)
ZBI-“ruolo” (n=61)	19.18±6.58 (5-35)
<b>SF-12 (totale) (n=57)</b>	32.58±6.11 (19-44)
PCS-12 (totale) (n=57)	44.49±6.3 (30.71-67.58)
MCS-12 (n=57)	44.91±10.47 (21.96-95.76)
<b>NPI (frequenza x gravità) (n=55)</b>	23.58±19.87 (0-78)
NPI-Distress (n=55)	10.64±9.53 (0-45)
<b>CES-D (n=60)</b>	19.72±10.62 (1-43)
<b>CSE-RS (n=60)</b>	92.83±31.18 (6-150)
CSE-RS “sollievo” (n=59)	27.63±12.54 (0-50)
CSE-RS “BPSD” (n=60)	34.77±11.56 (4-50)

*Nota:* SSCQ=Short Sense of Competence Questionnaire; ZBI=Zarit Burden Interview; SF-12= ShortForm 12 items Health Survey; PCS= Physical Component Summary; MCS= Mental Component Summary; NPI= Neuropsychiatric Inventory; CES-D= Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale; CSE-RS= Revised Scale for Caregiver Self-Efficacy; “sollievo”= Auto-efficacia per Ottenere Sollievo, “BPSD”= Auto-efficacia per Rispondere ai Comportamenti Disturbanti del Paziente, “pensieri”= Autoefficacia per Controllare Pensieri Fastidiosi sull’Assistenza

### *Attendibilità, fattibilità e validità*

Analizzando i dati del SSCQ, l' $\alpha$  di Cronbach è risultata essere di .80. Non si sono riscontrate risposte mancanti al SSCQ, e la correlazione corretta item-totale è mostrata nella Tabella 3. L'Analisi Fattoriale Confermativa (CFA) ha verificato il modello di Vernooij-Dassen e colleghi (1999) con adeguati indici di aderenza del modello ai dati (i.e., Goodness-of-Fit Index (GFI) = .91; Adjusted Goodness-of-Fit Index (AGFI) = .78; Comparative Fit Index (CFI) = .94. Root-Mean-Square Error of Approximation (RMSEA) = .13, Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) = .08 e  $\chi^2 = 22.460$ ).

### *SSCQ e caratteristiche personologiche dei caregiver*

Le donne del campione in studio (n = 52) realizzano un punteggio medio di SSCQ pari a 25.00 (DS = 8.70), mentre gli uomini (n = 9) realizzano un punteggio medio al SSCQ pari a 21.63 (DS = 6.09). Sui punteggi medi dei due campioni è stata effettuata un'analisi non parametrica (test di Wilcoxon) che rivela la uguaglianza significativa delle medie dei due gruppi (Tabella 4).

I caregiver del campione in studio sono stati suddivisi in due categorie di età: minore di 65 anni (n = 41) e maggiori di o pari a 65 anni (n = 20). I caregiver minori di 65 anni realizzano un punteggio medio allo SSCQ pari a 22.02 (DS = 6.85), mentre quelli maggiori di o pari a 65 anni realizzano un punteggio medio allo SSCQ pari a 22.35 (DS = 6.10). Sui punteggi medi dei due campioni è stata effettuata un'analisi non parametrica (test di Wilcoxon), che rivela la uguaglianza delle medie dei due gruppi (Tabella 5).

Tabella 3. *Correlazione item-totale per SSCQ*

Item	Dominio	Corr ITA	Corr ENG
SCQ.1	Conseguenze del coinvolgimento nella cura	.24	.36
SCQ.2	Conseguenze del coinvolgimento nella cura	.41	.47
SCQ.3	Soddisfazione rispetto alla propria performance	.42	.40
SCQ.4	Soddisfazione rispetto alla propria performance	.69	.58
SCQ.5	Soddisfazione della persona con demenza	.73	.49
SCQ.6	Soddisfazione della persona con demenza	.68	.50
SCQ.7	Soddisfazione della persona con demenza	.65	.56

Tabella 4. *Punteggi del SSCQ divisi per genere e relativo valore del test di significatività Wilcoxon*

	SCQ #1		SCQ #2		SCQ #3		SCQ #4		SCQ #5		SCQ #6		SCQ #7		SCQ TOT	
	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS
M	3	2	3	1	4	2	4	2	4	2	4	1	4	1	25	9
F	2	1	2	1	3	2	3	2	3	2	4	1	4	1	22	6
<b>p-value</b>	.06		.41		.10		.28		.50		.79		.90		.07	

Tabella 5. Punteggi del SSCQ nelle due fasce di età e relativo valore del test di significatività Wilcoxon

	SCQ #1		SCQ #2		SCQ #3		SCQ #4		SCQ #5		SCQ #6		SCQ #7		SCQ TOT	
	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS
≥65	2	1.12	2	1.12	3	1.41	3	1.49	4	1.6	4	1.3	4	1.1	22	6.84
<65	2	1.41	3	1.41	3	1.91	3	1.65	3	1.7	4	1.3	4	1.2	22	6.1
<b>p-values</b>	.13		.09		.87		.94		.87		.99		.99		.99	

#### SSCQ, validità concorrente

Per quanto riguarda la relazione tra competenza ed affaticamento è stata trovata una correlazione negativa significativa ma moderata ( $r = -.57, p < .05$ ) tra SSCQ e ZBI totale, una correlazione significativa forte con sottoscala “personale” ( $r = -.68, p < .05$ ) ed una correlazione debole con la sotto-scala “ruolo” ( $r = -.28, p < .05$ ). Per la salute fisica e psicologica, le correlazioni tra i punteggi alle sotto-scale “PCS” e “MCS” ed SSCQ non sono risultate statisticamente significative. Risulta una correlazione positiva con il punteggio totale ( $r = -.28, p < .05$ ).

Per quanto riguarda la sintomatologia depressiva, i punteggi ottenuti alla CES-D non sono risultati correlare con quelli del SSCQ. È stata trovata invece una correlazione tra CES-D e, rispettivamente, ZBI totale ( $r = -.47, p < .05$ ), ZBI-“personale” ( $r = -.38, p < .05$ ) e ZBI “ruolo” ( $r = -.45, p < .05$ ).

Per l’auto-efficacia, i punteggi ottenuti alla CSE-RS sono emersi correlare con quelli ottenuti al SSCQ. In particolare, emergeva una correlazione significativa positiva moderata tra SSCQ e CSE-RS-totale ( $r = .39, p < .05$ ), e tra SSCQ e, rispettivamente, le due sotto-scale “Autoefficacia nel gestire i comportamenti distruttivi” ( $r = .42, p < .05$ ) e “Autoefficacia nel controllare i pensieri disturbanti” ( $r = .45, p < .05$ ). Non è risultata significativa, invece, la correlazione tra SSCQ e la sotto-scala “Autoefficacia nell’ottenere sollievo”.

#### SSCQ e caratteristiche delle persone con demenza

Le caratteristiche del campione di persone con demenza ( $n = 61$ ) sono riportate in Tabella 6. Il campione di persone con demenza era costituito prevalentemente da donne (57%) di età compresa tra 73 e 94 anni (età media 82.84), livello istruzione elementare (66%). I punteggi ottenuti dalle persone con demenza ai vari test sono riportati in Tabella 7.

I punteggi al MMSE come anche gli anni di malattia non sono emersi correlare con i punteggi del SSCQ. Inoltre, una volta comparati i punteggi del SSCQ con quelli ottenuti al GDS, ADL e IADL, l’unica correlazione significativa è emersa essere quella con la scala ADL ( $r = .26, p < .05$ ).

Inoltre, la correlazione tra SSCQ ed il valore gravità x frequenza dell’NPI non è risultata statisticamente significativa né quando si moltiplicando i valori di frequenza per quelli di gravità dei sintomi ( $a \times b$ ), né per il valore di distress. È stata osservata invece una correlazione significativa e positiva tra il valore del prodotto

frequenza x gravità dei sintomi e la sotto-scala “personale” dello ZBI ( $r = -.30, p < .05$ ) e tra il valore di a X b dei sintomi e ZBI totale ( $r = -.29, p < .05$ ).

Tabella 6. *Caratteristiche socio-demografiche del campione di persone con demenza*

<b>Caratteristica del paziente</b>	<b>media e DS o valore e percentuale (range)</b>
<b>Età (n=58) (anni)</b>	82.84±5.24 (73-94)
70-80 anni	23 (38%)
81-90 anni	30 (49%)
>90 anni	5 (8%)
Na	3 (5%)
<b>Genere</b>	
Maschile	26 (43%)
Femminile	35 (57%)
<b>Stato civile</b>	
Libero	1 (2%)
Coniugato	30 (49%)
Vedovo	20 (33%)
NA	10 (16%)
<b>Grado di scolarizzazione (n=57)</b>	5.98±3.01
meno di 5 anni	7 (11%)
Licenza elementare	39 (64%)
Licenza media inferiore	5 (8%)
Diploma media superiore	5 (8%)
laurea (17 anni)	1 (2%)
NA	4 (7%)
<b>Occupazione precedente</b>	
Nessuno	6 (10%)
operaio/a	7 (12%)
impiegato/a	9 (16%)
imprenditore/trice	6 (10%)
NA	30 (52%)

\*NA: Nessuna risposta

Tabella 7. *Punteggi ai test del campione di persone con demenza*

<b>Questionario</b>	<b>Media e DS o valore e percentuale (range)</b>
<b>Punteggio MMSE (n=50)</b>	18.02±5.35 (1.4-27)
Non somministrabili (NS)	10 (16%)
severo (<18, incluso NS)	35 (57%)
lieve-moderato (18-24)	18 (30%)
borderline (>24)	7 (11%)



NA	1 (2%)
<b>Stadio secondo GDS (n=54)</b>	<b>4.7±1.25 (2-7)</b>
2	4 (7%)
3	5 (8%)
4	9 (15%)
5	25 (41%)
6	7 (11%)
7	4 (7%)
NA	7 (11%)
<b>Punteggio ADL (n=60)</b>	<b>3.35±1.87 (0-6)</b>
0/6	4 (7%)
1/6	8 (13%)
2/6	10 (16%)
3/6	8 (13%)
4/6	10 (16%)
5/6	11 (18%)
6/6	9 (15%)
NA	1 (2%)
<b>Punteggio IADL (n=60)</b>	<b>1.3±1.74 (0-6)</b>
0	29 (48%)
1	13 (21%)
2	6 (10%)
3	10 (20%)
4	7 (11%)
5	2 (3%)
6	2 (3%)
NA	1 (2%)
<b>Punteggio NPI (frequenza x gravità) (n=55)</b>	<b>23.58±19.87 (0-78)</b>

*Nota:* MMSE=Mini Mental State Examination; GDS=General Deterioration Scale; ADL= activities of daily living; IADL = instrumental activities of daily living; NPI= Neuropsychiatric Inventory, \*NA: Nessuna risposta

### **Discussione**

La ricerca aveva l'obiettivo di offrire ai contesti italiani di prevenzione e intervento uno strumento capace di misurare il senso di competenza che contraddistingue i caregiver delle persone con demenza.

Innanzitutto, i dati rivelano come il campione preso in esame sia confrontabile con i caregiver inclusi nella rassegna di Stansfeld e colleghi (2019) e con quelli riportati dal Censis (Età media = 59.2; 2016). Per quanto riguarda il genere, secondo Censis (1999), i caregiver di persone con malattia di Alzheimer sono donne per il 74%, figlie nel 50% dei casi, e partner/coniugi è del 34%. Dal punto di vista professionale emerge qualche differenza con il Censis, che riporta che il 32% dei caregiver è pensionato e che la quota di disoccupati è pari 10% (dati 2015). In fine i dati raccolti rivelano che l'età media del campione di persone con demenza era maggiore rispetto ai dati del Censis (2016; Malattia di Alzheimer = 78.8). L'età ed il genere dei caregiver non sono risultati correlare in modo significativo con il senso di competenza nel campione in studio, anche se in letteratura entrambe queste caratteristiche demografiche risultano mediamente rilevanti (Stansfeld et al., 2019).

L'analisi dei dati raccolti evidenzia le buone proprietà psicometriche della traduzione in italiano del questionario SSCQ-It, proprietà che, se confrontate con i risultati dello studio di validazione originale della versione olandese (Vernooij-Dassen et al., 1999) e con la versione francese (Vernooij-Dassen, Kurz, Scuvée-Moreau, & Dresse, 2003), indicano che SSCQ-it ha una consistenza interna e una correlazione item-totale soddisfacente. In particolare, l'analisi mostra che una volta rimosso l'item 1 ("Ritengo di non avere tutto il tempo che vorrei per la mia vita privata a causa del mio familiare") la consistenza addirittura migliorerebbe: questo item appare infatti essere caratterizzato da una associazione debole con il costrutto, sebbene, in altre ricerche, lo stesso risulti indispensabile per mantenere nella scala la dimensione del "sacrificio" (Riedijk, Duivenvoorden, Van Swieten, Niermeijer, & Tibben, 2009), dimensione che esprime le perdite nella vita privata del caregiver a causa della cura.

L'analisi fattoriale conferma la buona capacità del modello tri-fattoriale proposto da Vernooij-Dassen e colleghi (1996, 1999) di aderire ai dati. Le tre dimensioni costituiscono aspetti specifici che contribuiscono alla percezione della competenza del caregiver nel far fronte al proprio ruolo. Questo risulta rilevante anche dal punto di vista degli interventi psico-sociali a supporto dei caregiver perché il modello sopra descritto consente di mettere in relazione i singoli domini del costrutto con specifiche strategie di gestione dei problemi nota come "family-support" (Bengtson & Kuypers, 1985): il dominio 1 si riferisce alla strategia di chiarire la relazione tra il comportamento del paziente e la sindrome dementigena, il dominio 2 alla possibilità di aprire un dialogo in merito ad aspettative, risorse e conflitti ed il dominio 3 alla strategia di definire obiettivi di coinvolgimento accettabili ed eventualmente organizzare ulteriore supporto professionale (Vernooij-Dassen et al., 1993). Data l'efficacia di queste strategie nel ritardare l'istituzionalizzazione delle persone con demenza (Vernooij-Dassen et al., 1993), si aprono buone prospettive per cui SSCQ-It possa risultare utile sia per progettare interventi a supporto dei caregiver che per misurare i risultati degli interventi stessi. La scala dimostra, ancora, un'alta fattibilità e quindi una facilità di somministrazione sia per ricerca che per clinica. Purtroppo, però, non è stato possibile misurare la stabilità temporale ma sarebbe auspicabile che ricerche future possano indagare questo aspetto.

Il punteggio medio al SSCQ-It è risultato più alto e con una maggiore variabilità rispetto a campioni di studi precedenti (Hadderingh, Kootte, & Velde, 1991; Vernooij-Dassen et al., 1996). In particolare, nel campione in questione, il senso di competenza appare maggiore e caratterizzato da maggiore variabilità rispetto a campioni precedenti ( $M = 17.9$ ,  $DS = 5.2$  in Vernooij-Dassen e colleghi, 1996;  $M = 16.8$  in Hadderingh e colleghi, 1991, riportato da Vernooij-Dassen e colleghi, 1996). Anche l'auto-efficacia risulta confrontabile, sebbene leggermente più elevata, rispetto a quella rilevata nel campione di Grano e colleghi (2013). In fine, l'affaticamento percepito appare più alto rispetto al campione di Chattat ( $M = 33.40$ ,  $SD = 15.9$ ; Chattat et al., 2011) e quello di Hébert e colleghi ( $M = 22.4$ ,  $DS = 16.2$ ; Hébert, Bravo, & Préville, 2000). Questi dati sembrano indicare che nel nostro gruppo risultano livelli più alti di competenza percepita, nonostante la distribuzione dei generi, la loro età media, il deterioramento cognitivo delle persone con demenza di grado moderato, e gli alti livelli di affaticamento dei caregiver (Stansfeld et al., 2019).

Inoltre, i punteggi medi ai singoli items della SSCQ-It indicano come i caregiver sperimentano limitate emozioni negative verso i loro cari, ma non si sentano né infastiditi né manipolati da loro. Infatti, il dominio in cui i familiari si sentono più competenti è quello della "Soddisfazione della persona con demenza di essere destinatario di cure", con la domanda "Ritengo che il mio familiare si comporti in un certo modo per manipolarmi" che riscontra il punteggio medio più alto. Questo suggerisce come i familiari sono in grado di attribuire correttamente significato alla relazione tra il comportamento del paziente e la sindrome dementigena. La capacità di attribuire senso ai comportamenti consente al familiare di mettersi nei panni del paziente, di osservare che essi sono la conseguenza "normale" di una diminuita capacità di comprendere il contesto e di mettere in atto comportamenti socialmente adeguati. Questa componente è in grado di contribuire sia al benessere del caregiver che del suo familiare con demenza (Chattat, Gianelli, & Savorani, 2008; Hébert et al., 2003). Si potrebbe ipotizzare che l'elevata componente di competenza legata al dominio "Soddisfazione della persona con demenza di essere destinatario di cure" (che esprime le attribuzioni dei caregiver) sia influenzata dall'alta scolarizzazione del nostro campione. Tale effetto potrebbe essere ulteriormente indagato in future ricerche che meglio controllano le categorie di scolarizzazione. Viceversa, i caregiver sembrano più in difficoltà nel bilanciare la cura al proprio familiare con la propria vita privata. Infatti, la componente in cui i caregiver mostrano di sentirsi meno competenti è "Conseguenze del coinvolgimento nella cura della vita personale del caregiver" con la domanda "Ritengo di non avere tutto il tempo che vorrei per la mia vita privata a causa del mio familiare" che ottiene il punteggio medio più basso. Questo risultato non stupisce in quanto la

difficoltà di bilanciare il vincolo di cura verso il familiare ammalato con gli impegni della propria vita personale è ben documentata in letteratura ed i caregiver in studio dichiarano di doversi occupare mediamente del proprio familiare circa 30 ore a settimana (Brodaty & Donkin, 2009; Quinn, Clare, & Woods, 2015). Inoltre, il campione di persone con demenza mostra un grado di severità moderato, facendo presupporre un carico oggettivo nella cura. Saper bilanciare caregiving e vita privata e non rimanere oppresso dal servizio che si porta e dai molteplici ruoli che si ricopre sono componenti importanti del senso di competenza e che dovrebbero entrare a far parte di tutti i programmi di supporto e di empowerment dei caregiver insegnando a bilanciare la cura di sé stessi e la definizione dei livelli accettabili di coinvolgimento (Carbonneau, Caron, & Desrosiers, 2010; Edwards et al., 2018; Gallagher-Thompson et al., 2020; Gérain & Zech, 2019; Vernooij-Dassen et al., 1999).

La correlazione significativa e negativa tra punteggi al SSCQ e ZBI, in particolare con la componente personale dello ZBI risulta in linea con i dati di letteratura, in quanto un maggior senso di competenza è collegato a minor livello di affaticamento (Feast et al., 2017; Kurz, Scuvee-Moreau, Vernooij-Dassen, & Dresser, 2003), la letteratura supporta l'interpretazione che più i caregiver si sentono in grado di far fronte al proprio ruolo di caregiver e meno lo percepiscono come stressante (Carbonneau et al., 2010; Gérain & Zech, 2019, Van der Lee et al., 2017). In accordo con i modelli teorici correnti, primo fra tutti il modello integrato di (Sörensen, Duberstein, Gill, & Pinguart, 2006), il senso di competenza sembra agire modificando la relazione tra gli stressors primari e secondari, e la valutazione che il soggetto fa della situazione stessa, influenzando positivamente sugli esiti del processo di caregiving. Quindi come ben dimostrato da studi indipendenti (Pillemer et al., 2003; Van der Lee et al., 2019), aumentare il senso di competenza è utile per diminuire l'affaticamento del caregiver. Per quanto riguarda lo stato di salute fisico e mentale nel nostro campione i punteggi al MCS e PCS sono risultati inferiori se confrontati con i dati della popolazione generale (Apolone et al., 2005) usata come riferimento, riflettendo l'impatto della cura di persone con demenza sulla salute fisica e mentale dei caregiver. Nel nostro studio inoltre è stata riscontrata una correlazione positiva tra punteggi al SSCQ ed il punteggio SF-12 totale, indicando come il senso di competenza cresca con l'aumentare della salute globale percepita. Probabilmente i caregiver più competenti hanno una percezione di salute globale migliore rispetto a quelli meno competenti, ma i singoli indici non sono però risultati significativi, indicando che salute mentale e salute fisica non sono influenzate direttamente dal senso di competenza. Inoltre, nella nostra ricerca è stata trovata, in linea con la letteratura (Campbell et al., 2008; Cooper, Katona, Orrell, & Livingston, 2006; Gaugler, Roth, Haley, & Mittleman, 2008; Lucidi & Miraldi, 2006), una correlazione tra affaticamento e depressione, assente invece tra punteggi ad SSCQ e CES-D, indicando come probabilmente gli elementi affettivi non siano direttamente influenzati dal senso di competenza (Carbonneau et al., 2010). Una correlazione significativa e positiva è stata rilevata tra senso di competenza ed autoefficacia, in particolare con le due componenti di "auto-efficacia nel gestire comportamenti disturbanti" ed "auto-efficacia per controllare pensieri fastidiosi sull'assistenza". I caregiver che si percepiscono maggiormente in grado di affrontare il ruolo di cura sono quelli che si sentono anche più efficaci nel ricercare momenti di sollievo, nel tenere a bada i pensieri negativi riguardanti la cura, e di gestire i comportamenti disturbanti del proprio familiare (Carbonneau et al., 2010; Edwards et al., 2018; Gérain & Zech, 2019; Pillemer et al., 2003). Fortinsky, Kercher e Burant (2002) riportano, ad esempio, come la competenza percepita correli positivamente con la "self-efficacy" nel gestire la demenza: sentirsi competenti e/o sperimentare un più alto senso di efficacia diminuisce l'affaticamento e aumenta la salute mentale del caregiver (Carbonneau et al., 2010; Edwards et al., 2018; Gérain & Zech, 2019; Pillemer et al., 2003; Van der Lee et al., 2019). Capita che il senso di competenza e l'auto-efficacia vengono accomunati creando confusione dell'interpretazione dei dati (Carbonneau et al., 2002; Stansfeld et al., 2019). Si potrebbe ipotizzare un certo grado di sovrapposizione (Stansfeld et al., 2019) o che comunque le due caratteristiche si influenzino a vicenda, assumendo che un elevato senso di competenza possa contribuire ad aumentare il senso di auto-efficacia percepito e viceversa.

Nel campione è stata trovata anche una correlazione significativa e negativa tra punteggi a SSCQ ed ADL, apparentemente indicando che i caregiver sperimentano un maggior senso di competenza quando il familiare con demenza ha una maggiore limitazione funzionale. Questi risultati non trovano riscontri in letteratura. Alcuni studi riportano come la perdita delle capacità funzionali, e quindi di indipendenza, da parte del paziente si traduca in un aumento del "carico" da parte del caregiver (Kim, Chang, Rose, & Kim, 2012). Una prima ipotesi suppone che i caregiver, posti di fronte a supporti di tipo pratico (il caregiver si sostituisce nel "fare") possano più facilmente sperimentare un senso di realizzazione ed orgoglio che migliora il loro senso di competenza. Peacock, Forbes, Markle-Reid e Hawranik (2010), infatti, riportano come i caregiver possano

tendere a pensare che il loro senso di competenza viene “sfidato” dai disturbi del comportamento, tanto che trovare il modo di gestirli, dà loro un senso di realizzazione e orgoglio, che a sua volta, migliora il loro senso di competenza. Allo stesso modo riuscire a superare le limitazioni funzionali potrebbe dare un senso di soddisfazione che ha una ricaduta sul senso di competenza. Di fatto, non è risultata significativa la correlazione tra ZBI e ADL, indicando che l'affaticamento dei nostri caregiver non sembra influenzato dalle limitazioni funzionali del familiare. L'osservazione che il burden non correla con le ADL come invece con NPI potrebbe essere spiegata dal fatto che occuparsi delle limitazioni funzionali di una persona con demenza è meno stressante di dover gestire comportamenti disturbanti (Ottoboni et al., 2018.).

Sebbene non fosse tra gli obiettivi principali del presente lavoro, ci è sembrato utile correlare i dati delle scale dell'affaticamento con quelle dei disturbi neuropsichiatrici per supportare la nostra tesi. La correlazione significativa e positiva che emerge analizzando i punteggi alla ZBI ed NPI suggerisce come, all'aumentare della gravità e frequenza dei comportamenti difficili da gestire manifestati dalla persona con demenza, i caregiver sperimentino un maggior affaticamento. Questo risultato è in linea con la letteratura (Lim et al., 2008; Meiland et al., 2005; Onishi et al., 2005; Van der Lee et al., 2017, 2019) e non stupisce in quanto i disturbi comportamentali, più delle limitazioni funzionali, costituiscono uno stressor primario che si riflette sulla percezione di carico del familiare (Ottoboni et al., 2019; Pearlin et al., 1990).

Ci saremmo aspettati una simile correlazione negativa anche tra senso di competenza e severità dei sintomi comportamentali (Borsje et al., 2016; Feast et al., 2016; Van der Lee et al., 2017; Vernooij-Dassen et al., 1995, 1996), che invece non è risultata significativa nel nostro campione. Tale mancanza di significatività potrebbe essere conseguenza della variabilità nelle risposte relativamente ai disturbi comportamentali (la deviazione standard dei punteggi all'NPI del nostro campione è quasi tre volte superiore rispetto al campione di Riedijk et al., 2009). È comunque da notare che non esiste accordo in letteratura su questo aspetto. Riedijk e colleghi (2009) trovano che il senso di competenza non è correlato ai sintomi comportamentali in caregiver di pazienti con demenza fronto-temporale. Feast et al. (2016), invece, trovano che il senso di competenza media la frequenza dei BPSD e relativo distress e propongono un modello di relazioni tra le variabili (ad es. la qualità della relazione influisce sul senso di competenza che influisce sul burden e sui BPSD). Nello studio longitudinale di Van der Lee e colleghi (2019) i caregiver in cui l'affaticamento diminuiva dopo un intervento psico-sociale erano quelli in cui cresceva il senso di competenza e diminuivano i sintomi comportamentali riportati. Risulta quindi necessario indagare questa correlazione in futuro ulteriormente, in particolare per verificare come il senso di competenza possa influenzare l'esito dei sintomi comportamentali del paziente sull'affaticamento percepito dal caregiver.

## **Conclusioni**

Nonostante limitazioni come la mancanza di misure di stabilità temporale e la valutazione del grado di convivenza tra caregiver e persona con demenza, il buon lavoro di traduzione consente ai contesti di prevenzione ed intervento, nonché quelli di ricerca, di usufruire di uno strumento valido. Inoltre, i dati permettono di fornire indicazioni utili a chiarire la funzione moderatrice del senso di competenza, posto tra gli stressor e gli esiti del processo di caregiving di persone con demenza. I comportamenti disturbanti del paziente possono determinare un elevato carico nel caregiver che potrebbe sfociare in sintomi depressivi. Il senso di competenza e l'auto-efficacia agiscono contemporaneamente sulla valutazione del carico diminuendo il burden.

## **Bibliografia**

- Adelman, R.D., Tmanova, L.L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M.S. (2014). Caregiver burden: A clinical review. *Jama*, 311(10), 1052-1060. doi: 10.1001/jama.2014.304
- Alzheimer Europe Office (2018). *Alzheimer Europe – Publications - Dementia in Europe Yearbooks*. Retrieved from <https://www.alzheimer-europe.org/Publications/Dementia-in-Europe-Yearbooks>
- Apolone, G. (2001). *Questionario sullo stato di salute SF-12: Versione italiana* [Questionnaire on health status SF-12: Italian version]. Milano: Guerini e Associati.

- Apolone, G., Mosconi, P., Quattrocioni, L., Gianicolo, E.A.L., Groth, N., & Ware Jr, J.E. (2005). *Questionario sullo Stato di Salute Versione Italiana* [Questionnaire on health status Italian version]. Milano: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri.
- Bengtson, V.L., & Kuypers, J. (1985). *The family support cycle: Psychosocial issues in the aging family. Life-Span and change in a gerontological perspective*. New York: Academic Press. doi: 10.1016/B978-0-12-510260-5.50020-7
- Bergonzini, E., Rebecchi, D., Sgarbi, C., Di Francia, D., Di Castri, V., Moscardini, S., & Oliva T., (2011). Esito dell'intervento psicologico sui familiari di pazienti affetti da demenza [Outcome of psychological intervention on family members of patients affected by dementia]. *Ricerche in psicologia*, 3, 417-431.
- Brodaty, H., & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(2), 217-228. doi: 10.31887/DCNS.2009.11.2/hbrodaty
- Campbell, P., Wright, J., Oyeboode, J., Job, D., Crome, P., Bentham, P., ... Lendon, C. (2008). Determinants of burden in those who care for someone with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 23(10), 1078-1085. doi: 10.1002/gps.2071
- Carbonneau, H., Caron, C., & Desrosiers, J. (2010). Development of a conceptual framework of positive aspects of caregiving in dementia. *Dementia*, 9(3), 327-353. doi: 10.1177/1471301210375316
- Censis (1999). *La mente rubata: Bisogni e costi assistenziali della malattia di Alzheimer* [The Stolen Mind: Alzheimer's Disease Needs and Care Costs]. Milano: Franco Angeli.
- Censis (2016). *L'impatto economico e sociale della malattia di Alzheimer: Rifare il punto dopo 16 anni* [The economic and social impact of Alzheimer's disease: Redo the point after 16 years]. Retrieved from <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1086448.pdf>
- Chattat, R., Cortesi, V., Izzicuppo, F., Del Re, M.L., Sgarbi, C., Fabbo, A., & Bergonzini, E. (2011). The Italian version of the Zarit Burden Interview: A validation study. *International Psychogeriatrics*, 23, 797-805. doi: 10.1017/S1041610210002218
- Chattat, R., Gianelli, M.V., & Savorani, G. (2008). Group psycho-educational intervention for family carers. In E. Moniz-Cook & J. Manthorpe (Eds.), *Early Psychosocial Interventions in Dementia: Evidence-Based Practice* (pp. 186-197). London, UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Cooper, C., Katona, C., Orrell, M., & Livingston, G. (2006). Coping strategies and anxiety in caregivers of people with Alzheimer's disease: The LASER-AD study. *Journal of affective disorders*, 90(1), 15-20. doi: 10.1016/j.jad.2005.08.017
- Cummings, J.L., Mega, M., Gray, K., Rosemberg-Thompson, S., Carusi, D.A., & Gornbei, J. (1994). The neuropsychiatric inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44, 2308-2314. doi: 10.1212/WNL.44.12.2308
- Edwards, H.B., Ijaz, S., Whiting, P. F., Leach, V., Richards, A., Cullum, S. J., ... Savović, J. (2018). Quality of family relationships and outcomes of dementia: A systematic review. *BMJ Open*, 8(1), e015538. doi: 10.1136/bmjopen-2016-015538
- European Council (2019). *G20 summit in Osaka, Japan, 28-29 June 2019*. Retrieved from <https://www.consilium.europa.eu/en/meetings/international-summit/2019/06/28-29/>
- Feast, A., Orrell, M., Russell, I., Charlesworth, G., & Moniz Cook, E. (2017). The contribution of caregiver psychosocial factors to distress associated with behavioural and psychological symptoms in dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, 32(1), 76-85. doi: 10.1002/gps.4447
- Fortinsky, R.H., Kercher, K., & Burant, C.J. (2002) Measurement and correlates of family caregiver self-efficacy for managing dementia. *Aging and Mental Health*, 6, 153-160. doi: 10.1080/13607860220126763
- Frisoni, G.B., Rozzini, R., Bianchetti, A., & Trabucchi, M. (1993). Principal lifetime occupation and MMSE score in elderly persons. *Journal of Gerontology*. 48(6), S310-S314. doi: 10.1093/geronj/48.6.S310

- Gallagher-Thompson, D., Choryan Bilbrey, A., Apesoa-Varano, E.C., Ghatak, R., Kim, K.K., & Cothran, F. (2020). Conceptual framework to guide intervention research across the trajectory of dementia caregiving. *The Gerontologist*, 60(Suppl 1), S29–S40. doi: 10.1093/geront/gnz157
- Gaugler, J.E., Roth, D.L., Haley, W.E., & Mittleman, M.S. (2008). Can counseling and support reduce burden and depressive symptoms in caregivers of people with Alzheimer's disease during the transition to institutionalization? Results from the New York University caregiver intervention study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(3), 421-428. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01593.x
- Gérain, P., & Zech, E. (2019). Informal caregiver burnout? Development of a theoretical framework to understand the impact of caregiving. *Frontiers in Psychology*, 10, 1748. doi: 10.3389/fpsyg.2019.01748
- Grano, C., Lucidi, F., Crisci, B., & Violani, C. (2013). Validazione italiana della Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy: un contributo preliminare basato su un campione di caregiver di familiari con Alzheimer [Italian validation of the Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy: A preliminary contribution based on a sample of caregivers of family members with Alzheimer's]. *Rassegna di Psicologia*, 30(3), 9-30.
- Hadderingh, E., Kootte, M., & Velde B.P. (1991). *Care for Demented Persons Living at Home*. Groningen: Uitgave Dementie Onderzoek.
- Hébert, R., Lévesque, L., Vézina, J., Lavoie, J.P., Ducharme, F., Gendron, C., ... Dubois, M.F. (2003). Efficacy of a psychoeducative group program for caregivers of demented persons living at home: A randomized controlled trial. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(1), S58-S67. doi: 10.1093/geronb/58.1.S58
- Hébert, R.S., Bravo, G., & Prévaille, M. (2000). Reliability, validity and reference values of the Zarit Burden Interview for assessing informal caregivers of community-dwelling older persons with dementia. *Canadian Journal on Aging*, 19, 494-507. doi: 10.1017/S0714980800012484
- Katz, S., Ford, A.B., Moskowitz, R.W., Jackson, B.A., & Jaffe, M.W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 185, 914-919. doi: 10.1001/jama.1963.03060120024016
- Kim, H., Chang, M., Rose, K., & Kim, S. (2012). Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 846-855. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05787.x
- Kurz, X., Scuvee-Moreau, J., Vernooij-Dassen, M.J., & Dresser, A. (2003). Cognitive impairment, dementia and quality of life in patients and caregivers. *Acta Neurologica Belgica*, 103, 24–34.
- Lawton, M.P., & Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9(3), 179-86. doi: 10.1093/geront/9.3\_Part\_1.179
- Lucidi, F., & Miraldi, M. (2006). Il caregiving nell'invecchiamento e nella malattia di Alzheimer [Caregiving in aging and Alzheimer's disease]. In R. De Beni (Ed.), *Manuale di psicologia dell'invecchiamento* (pp. 303-319). Bologna: Il Mulino.
- OECD (2020). *Dementia - OECD*. Retrieved from <http://www.oecd.org/health/dementia.htm>
- Ottoboni, G., Amici, S., Iannizzi, P., Di Pucchio, A., Vanacore, N., Chattat, R., & DEMCAREGIVER Group (2019). Italian revised memory and behavior problems checklist (It-RMBPC): Validation and psychometric properties in Alzheimer's disease caregivers. *Aging clinical and experimental research*, 31(4), 527-537. doi: 10.1007/s40520-018-0995-9
- Ottoboni, G., Cherici, A., Marzocchi, M., & Chattat, R. (2017). *Algoritmi di calcolo per gli indici PCS e MCS del questionario SF-12* [Calculation algorithms for the PCS and MCS indices of the SF-12 questionnaire]. Retrieved from <http://amsacta.unibo.it/5751/6/Ottoboni.et.al.SF12.pdf>
- Peacock, S., Forbes, D., Markle-Reid, M., Hawranik, P., Morgan, D., Jansen, L., ... Henderson, S.R. (2010). The positive aspects of the caregiving journey with dementia: Using a strengths-based perspective to

- reveal opportunities. *Journal of Applied Gerontology*, 29(5), 640-659. doi: 10.1177/0733464809341471
- Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Semple, S.J., & Skaff, M.M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-594. doi: 10.1093/geront/30.5.583
- Pierfederici, A., Fava, G.A., Munari, F., Rossi, N., Baldaro, B., Pasquali Evangelisti, L., ... Zecchino, F. (1982). Validazione italiana del CES-D per la misurazione della depressione [Italian validation of the CES-D for depression measurement]. In R. Canestrari (Ed.), *Nuovi metodi in psicometria* (pp. 95-103). Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Pillemer, K., Suitor, J.J., & Wethington, E. (2003). Integrating theory, basic research, and intervention: Two case studies from caregiving research. *The Gerontologist*, 43(Suppl 1), 19-28. doi: 10.1093/geront/43.suppl\_1.19
- Quinn, C., Clare, L., & Woods, R.T. (2015). Balancing needs: The role of motivations, meanings and relationship dynamics in the experience of informal caregivers of people with dementia. *Dementia*, 14(2), 220-237. doi: 10.1177/1471301213495863
- R Core Team (2014). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. Vienna: R Foundation for Statistical Computing.
- Reisberg, B., Ferris, S.H., de Leon, M.J., & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1136-1139. doi: 10.1176/ajp.139.9.1136
- Riedijk, S., Duivenvoorden, H., Van Swieten, J., Niermeijer, M., & Tibben, A. (2009). Sense of competence in a Dutch sample of informal caregivers of frontotemporal dementia patients. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 27(4), 337-343. doi: 10.1159/000207447
- Siegert, R. J., Jackson, D., Tennant, A., & Turner-Stokes, L. (2010). Factor analysis and Rasch analysis of the Zarit Burden Interview for acquired brain injury carer research. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 42, 302-309. doi: 10.2340/16501977-0511
- Sörensen, S., Duberstein, P., Gill, D., & Pinquart, M. (2006). Dementia care: Mental health effects, intervention strategies, and clinical implications. *Lancet Neurology*, 5(11), 961-973. doi: 10.1016/S1474-4422(06)70599-3
- Stansfeld, J., Crellin, N., Orrell, M., Wenborn, J., Charlesworth, G., & Vernooij-Dassen, M. (2019). Factors related to sense of competence in family caregivers of people living with dementia in the community: A narrative synthesis. *International Psychogeriatrics*, 31(6), 799-813. doi: 10.1017/S1041610218001394
- Steffen, A.M., McKibbin, C., Zeiss, A.M., Gallagher-Thompson, D., & Bandura, A. (2002). The Revised Scale for Caregiver Self-Efficacy: Reliability and validity studies. *The Journals of Gerontology*, 57, 74-86. doi: 10.1093/geronb/57.1.P74
- Van der Lee, J., Bakker, T., Duivenvoorden, H., & Droes, R. (2017). Do determinants of burden and emotional distress in dementia caregivers change over time? *Aging and Mental Health*, 21, 232-240. doi: 10.1080/13607863.2015.1102196
- Vernooij-Dassen, M. (1993). *Dementie en Thuiszorg* [Dementia and Home Care]. Amsterdam: Swets and Zeitlinger.
- Vernooij-Dassen, M., Felling, A.J., Brummelkamp, E., Dauzenberg, M.G., van den Bos, G.A., & Grol, R. (1999). Assessment of caregiver's competence in dealing with the burden of caregiving for a dementia patient: A Short Sense of Competence Questionnaire (SSCQ) suitable for clinical practice. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(2), 256-257. doi: 10.1111/j.1532-5415.1999.tb04588.x
- Vernooij-Dassen, M., Kurz, X., Scuvee-Moreau, J., & Dresse, A. (2003). The measurement of sense of competence in caregivers of patients with dementia. *Revue D'epidemiologie et de Sante Publique*,

51(2), 227-235.

- Vernooij-Dassen, M., Persoon, J., & Felling, A. (1996). Predictors of sense of competence in caregivers of demented persons. *Social science & medicine*, 43(1), 41-49. doi: 10.1016/0277-9536(95)00332-0
- WHO (2017). *Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf>
- WHO, & Alzheimer's Disease International (2012). *Dementia: A public health priority*. Geneva: World Health Organization.
- Zarit, S.H., & Zarit, J.M. (1987). *Instructions for the Burden Interview*. University Park: Pennsylvania State University.



## **Supporting hospital relationships: The experience of intervention in an oncology unit**

*Sara Ceccacci\*, Elettra Possidoni\**

### *Abstract*

The article reports an intervention within the Oncology department of the San Filippo Neri hospital (SFN) developed by the Complex Operative Unit (UOC) Safety Prevention and Risk Management (SPRM) in collaboration with the Specialization Course in Psychoanalytic Psychotherapy SPS.

This paper aims to contribute to the scientific debate on the psychotherapeutic function in the hospital context, a function that can be useful for the development of the organizational context if it intervenes on the competence to coexist instead of replicating the medical model of diagnosis or that of psychopathology that corrects deficits. The variability of oncological disease, the fallibility and the toxicity of the therapies can undermine the hospital culture and make the relationship between health workers, patients and family members problematic. The psychological intervention has the aim of supporting this relationship and treating relationship problems that can affect the objectives of the hospital organization.

*Keywords:* hospital; psycho-oncology; organizational competence; psychosocial risk; integrative function.

---

\* Clinical Psychologists, Specialists in Psychoanalytic Psychotherapy - Clinical Psychology and Analysis of Demand. Founding partners of Espero - Study of psychology. E-mail: [esperostudiopsicologia@gmail.com](mailto:esperostudiopsicologia@gmail.com)

Ceccacci, S., & Possidoni, E. (2020). Sostenere i rapporti in ospedale: L'esperienza di intervento in un reparto di oncologia [Supporting hospital relationships: The experience of intervention in an oncology unit]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 15(2), 81-96. doi:10.14645/RPC.2020.2.773

## **Sostenere i rapporti in ospedale: L'esperienza di intervento in un reparto di oncologia**

***Sara Ceccacci\*, Elettra Possidoni\****

### *Abstract*

L'articolo resoconta un intervento entro il reparto oncologico del presidio ospedaliero San Filippo Neri (SFN) sviluppato dall'Unità Operativa Complessa (UOC) Sicurezza Prevenzione e Risk Management (SPRM) in collaborazione con il Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica SPS. Questo scritto vuole contribuire al dibattito scientifico sulla funzione psicoterapeutica nel contesto ospedaliero, funzione che può essere utile allo sviluppo del contesto organizzativo se interviene sulla competenza a convivere invece che replicare il modello medico della diagnosi o quello della psicopatologia che corregge deficit. La variabilità della malattia oncologica, la fallibilità e la tossicità delle terapie possono mettere in crisi la cultura ospedaliera e rendere problematico il rapporto tra operatori sanitari, pazienti e familiari. L'intervento psicologico ha l'obiettivo di sostenere tale rapporto e di trattare le problematiche relazionali che possono incidere sugli obiettivi dell'organizzazione ospedaliera.

*Parole chiave:* ospedale; psiconcologia; competenza organizzativa; rischio psicosociale; funzione integrativa.

---

\* Psicoghe cliniche, Specialiste in Psicoterapia Psicoanalitica - Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. Socie fondatrici di Espero - Studio di Psicologia. E-mail: [esperostudiodipsicologia@gmail.com](mailto:esperostudiodipsicologia@gmail.com)

Ceccacci, S., & Possidoni, E. (2020). Sostenere i rapporti in ospedale: L'esperienza di intervento in un reparto di oncologia [Supporting hospital relationships: The experience of intervention in an oncology unit]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 15(2), 81-96. doi:10.14645/RPC.2020.2.773

## **Premessa**

L'intervento resocontato in questo scritto si colloca entro la collaborazione tra l'Unità Operativa Complessa Sicurezza Prevenzione e Risk Management del Presidio Ospedaliero San Filippo Neri<sup>1</sup> e il corso di specializzazione SPS<sup>2</sup>. Il lavoro viene commissionato dalla UOC di Oncologia del SFN alla UOC Prevenzione Sicurezza e Risk Management, che a sua volta propone di attivare due tirocini di specializzazione, svolti da chi scrive.

Nell'articolo si intende trattare la funzione psicologica che si è costruita a partire da un duplice mandato sociale: la valutazione del rischio stress lavoro correlato degli operatori della UOC di Oncologia e l'assistenza di pazienti e familiari che si confrontano con la malattia oncologica. Entrambi i mandati sono caratterizzati da una cultura della diagnosi individualistica: da un lato c'è lo stress dei lavoratori, inteso come condizione individuale; dall'altro il benessere psicologico del paziente oncologico. Se prese nelle loro componenti individuali, le richieste del personale sanitario e dei pazienti oncologici possono diventare infinite. Quale alternativa? In questo contributo il rischio stress lavoro correlato è inteso come l'insieme degli eventi critici che si verificano nel lavoro dell'organizzazione ospedaliera e che creano disfunzioni e problemi di rapporto tra gli operatori sanitari (medici e infermieri) e i loro clienti (pazienti e familiari), rendendo complessa e faticosa l'azione organizzativa e il raggiungimento di obiettivi produttivi.

Questo scritto vuole contribuire al dibattito scientifico sulla funzione psicoterapeutica nel contesto ospedaliero, funzione che corre il rischio di estinguersi se agisce il modello medico della diagnosi o quello della psicoterapia che corregge deficit, ma che può essere utile allo sviluppo del funzionamento organizzativo se interviene sulla competenza a convivere.

## ***Il contesto dell'intervento: Il rischio psicosociale degli operatori sanitari***

La UOC Prevenzione Sicurezza e Risk Management nasce dall'ex Servizio Prevenzione Protezione Rischi (SPPR) del San Filippo Neri, con il compito di provvedere all'attività di prevenzione e protezione dai rischi professionali nell'azienda ospedaliera.

A partire dal decreto legislativo 626/94 le finalità dei servizi che si occupano di sicurezza cambiano (Cinalli, 2012). Si cerca di promuovere il passaggio dalla sicurezza vissuta come problema (perché è altro rispetto al processo di produzione) alla sicurezza interpretata come progetto di managerialità. Viene quindi promosso il superamento della scissione tra sicurezza e salute di chi lavora nei servizi e di coloro che a questi servizi si rivolgono. Si pone l'accento sul rischio piuttosto che sul pericolo, quindi diventa oggetto di interesse la percezione soggettiva del pericolo (Atzori, 2012); di conseguenza, si rende necessario non solo informare gli operatori, ma anche formarli affinché possano responsabilmente prendersi cura della propria salute e sicurezza e non semplicemente pretenderla sotto forma di tutela. La salute diventa competenza a vivere in un'organizzazione produttiva (Atzori, 2010).

Oltre ai servizi erogati dai medici, dagli infermieri e dai tecnici della prevenzione, nella UOC SPRM è presente un servizio psicologico che si occupa prevalentemente di valutazione e intervento sul rischio psicosociale.

La valutazione del rischio psicosociale è un'attività che il servizio di psicologia del SPPR ha avviato nel 2008 con l'entrata in vigore del nuovo decreto legislativo sulla sicurezza<sup>3</sup> che rende obbligatorio valutare, oltre agli altri rischi, anche il rischio psicosociale. Nell'art. 3 comma 1 dell'Accordo europeo del 2008, lo stress viene considerato come una condizione che può essere accompagnata da disturbi o disfunzioni di natura fisica, psicologica o sociale ed è conseguenza del fatto che taluni individui non si sentono in grado di corrispondere alle richieste o alle aspettative riposte in loro.

Secondo Carli et al. (2012, p. 78) "il rischio psicosociale ha la sua sede di riferimento e di studio entro le relazioni che si sviluppano tra le differenti componenti dell'organizzazione". La dinamica simbolica collusiva che caratterizza le differenti culture locali, entro una specifica organizzazione, può darci informazioni sul rischio psicosociale generato da quella specifica cultura. L'organizzazione, se intesa quale manifestazione

---

<sup>1</sup> Il presidio ospedaliero San Filippo Neri (SFN) fa parte dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) Roma 1.

<sup>2</sup> Corso di specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica, Intervento Clinico e Analisi della Domanda.

<sup>3</sup> Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81.

delle dinamiche emozionali collusive presenti entro le strutture sociali, è generata dai processi culturali collusivi entro le strutture stesse. Ciò significa che il rischio psicosociale non fa riferimento a dimensioni “oggettive” di contesto, ma al modo con cui sono condivise, collusivamente, le simbolizzazioni emozionali riferite a specifici eventi della realtà organizzativa.

Tale definizione situa il rischio psicosociale non a livello individuale, ma entro le relazioni collusive che costruiscono le culture locali.

Nell’esperienza del SFN, il servizio psicologico era vissuto – parimenti a quello medico – come una funzione ispettiva, di valutazione, controllo e tutela della salute dei singoli operatori. Se si scindeva il problema del singolo operatore dal suo contesto, la richiesta di consulenza psicologica diventava problematica nella sua dimensione infinita (Atzori, 2010). La proposta sviluppata dal servizio di psicologia è stata quella di occuparsi della valutazione del rischio psicosociale, inteso come discrepanza tra obiettivi del servizio e cultura organizzativa. La disattenzione e il non-orientamento alla domanda del paziente è un sintomo che sta a indicare la presenza di rischio psicosociale, di conflitto tra cultura e obiettivi (Atzori, 2010).

La richiesta di collaborazione da parte della UOC Oncologia si inserisce nell’ambito dell’intervento sul rischio psicosociale avviato da SPPR e SPS nel 2008 (Carli et al., 2012).

In quella ricerca la UOC Oncologia non dimostrava un elevato rischio psicosociale e vennero attivati interventi psicologici in altri servizi ad alto rischio.

Solo nel 2014, nell’ambito di un corso di formazione, è emerso l’interesse a occuparsi del rapporto con pazienti oncologici e familiari.

Per situare tale richiesta entro il contesto storico-culturale in cui avviene, sarà utile ricordare che nel frattempo il San Filippo Neri ha subito due cambiamenti importanti: nel 2015 da azienda è diventato presidio ospedaliero ed è stato annesso alla ASL RME; quest’ultima, dal Gennaio 2016, è stata accorpata alla RMA, costituendo insieme la ASL RM1. Questo cambiamento comporta per molti servizi un cambio dirigenziale e una faticosa ridefinizione di obiettivi e prodotti.

L’UOC Oncologia, quando il SFN era un’azienda ospedaliera, godeva di un’ottima reputazione per le sue qualità di ricerca e specializzazione. Pazienti oncologici sceglievano il prestigioso servizio del SFN anche provenendo da diverse città italiane. Ora che l’ospedale è diventato presidio, i fondi destinati alla ricerca sono diminuiti e i pazienti non scelgono quel contesto, ma spesso arrivano attraverso invii di altri ospedali oppure passando per il pronto soccorso (PS). Questo passaggio ha un’influenza precisa: cambiano il tipo di paziente, la domanda di cura e l’esito del percorso terapeutico. I pazienti che arrivano dal PS sono vissuti come problematici: le domande rivolte all’ospedale vengono vissute come “impertinenti” perché richiamano dimensioni non solo sanitarie, ma anche sociali e culturali (ad esempio l’emarginazione sociale o la migrazione), mettendo in evidenza le difficoltà del servizio a connettersi con il territorio.

In questo nuovo assetto, ad Agosto 2015 il Direttore della UOC di Oncologia ha chiesto un’aspettativa per andare a dirigere un centro di ricerca per tumori ed è stato incaricato al suo posto, in veste di facente funzione, uno degli oncologi della UOC.

Quest’ultimo, all’inizio del 2016 chiede alla UOC Prevenzione Sicurezza e Risk Management l’affiancamento di “psiconcologi” nei diversi servizi della UOC, richiesta che attiva il nostro gruppo di lavoro composto da due tirocinanti del corso di specializzazione “Psicoterapia psicoanalitica, intervento clinico e analisi della domanda - SPS” e la tutor dirigente del servizio di psicologia della UOC SPRM.

### ***L’analisi della richiesta di intervento e le sue componenti culturali: Il modello medico e la psiconcologia***

La richiesta di intervento psicologico, da parte del facente funzione di Direttore della UOC Oncologia, era quella di collaborare con “psiconcologi”, con tecnici specializzati che si occupassero degli aspetti intrapsichici del paziente e di formare i medici alla giusta comunicazione con il paziente oncologico. È stato importante riflettere sul senso di tale richiesta, a partire da una lettura del mandato sociale della psiconcologia.

La prospettiva psicosociale in Oncologia si sviluppa negli anni ’50 negli Stati Uniti con la nascita delle prime associazioni di pazienti che hanno subito interventi chirurgici invasivi, necessari per la cura di patologie oncologiche. La finalità di tali associazioni era l’assistenza psicologica del paziente affetto da cancro: si fa ricerca per conoscere la qualità di vita del paziente descrivendone le fasi di adattamento alla patologia, le reazioni ai cambiamenti fisici e funzionali legati ad interventi chirurgici radicali, le principali risposte alla

comunicazione della diagnosi e della prognosi. Contemporaneamente, in Europa il movimento degli hospices inizia a portare l'attenzione sulla qualità della vita e sul controllo dei sintomi nel paziente terminale ([www.siponazionale.it](http://www.siponazionale.it)).

Negli anni '80 si costituisce, negli Stati Uniti, la International Psycho-oncology Society (IPOS); in Europa la European Society of Psychosocial Oncology.

Interessante notare come, inizialmente, si parlasse di prospettiva psicosociale in oncologia e successivamente sia stata fondata una disciplina specifica, fondendo insieme psicologia e oncologia.

Questo passaggio sembra riflettere il cambiamento della psicologia proprio degli anni '80, ovvero l'adesione acritica al modello medico di cura (Carli & Panizza, 2017) che ha portato l'attenzione sulla psicopatologia e sulla psicoterapia, fondate su una specificità medica e psichiatrica.

Sul sito della SIPO – Società Italiana di PsicoOncologia – si afferma che scopo della disciplina psiconcologica è l'impegno affinché ogni dimensione della malattia oncologica, e in particolare gli aspetti psicologici, sociali e spirituali, siano tenuti nella dovuta considerazione. Questo per garantire ai malati ed ai loro familiari un'assistenza più attenta e una migliore qualità di vita durante tutto il percorso di malattia. Le linee guida della SIPO definiscono il cancro come una “prova esistenziale sconvolgente” e dichiarano che l'obiettivo principale della psiconcologia è il miglioramento della qualità della vita del paziente e la limitazione del rischio che le possibili condizioni di sofferenza psicosociale o lo sviluppo di quadri psicopatologici condizionino la sua esistenza futura. Si fa riferimento alla capacità di adattamento alla malattia e ai trattamenti clinici da parte del paziente, alla necessità di una presa in carico individualizzata che intervenga attraverso la rilevazione precoce delle dimensioni psicosociali (screening del disagio emozionale, rilevazione dei bisogni del paziente e della sua qualità di vita) per individuare le persone che necessitano di interventi mirati e l'attivazione di percorsi psiconcologici di prevenzione, cura e riabilitazione del disagio emozionale. Il presupposto che fonda l'intervento in psiconcologia è il disagio psicologico dato dalla situazione “traumatizzante” della malattia. Si fa riferimento a due concetti psicologici, in particolare: il concetto di “crisi” considerato come “momento di cambiamento” e quello di “strategie di adattamento” o coping ([www.siponazionale.it](http://www.siponazionale.it)).

Da un'esplorazione della letteratura colpisce l'attenzione alle componenti intrapsichiche del paziente, alla valutazione e alla diagnosi delle sue risposte nei confronti degli eventi stressanti causati dalla malattia.

Anche qui viene da chiedersi, come nel paragrafo precedente, se lo stress sia una condizione individuale o se è un vissuto collocabile entro rapporti e contesti.

Uno dei campi di intervento della psiconcologia è la comunicazione della diagnosi, della recidiva, della transazione alle cure palliative o alla fase terminale di malattia. La SIPO afferma che la comunicazione viene intesa non come un “atto unico”, ma come un processo che si svolge nel tempo e che va adattato alle singole situazioni. Baile e Costantini (2013) fanno riferimento alla medicina centrata sul paziente e dichiarano che in Oncologia i pazienti hanno il diritto di essere informati e di partecipare al processo decisionale; affermano inoltre che per poter fornire questo tipo di cura, i medici devono avere competenze comunicative e interpersonali e devono essere consapevoli delle loro abilità comunicative verbali e non verbali. La comunicazione è intesa come un insieme di comportamenti che possono essere osservati, registrati, codificati, misurati e insegnati. Si chiede al medico una specifica formazione sulle *communication skills*, protocolli specifici che facilitino il dialogo e l'ascolto con lo scopo di cogliere i bisogni e le richieste del paziente. È il caso del protocollo SPIKES (Buckman, 1992), una guida per orientarsi in una conversazione entro la quale il medico deve comunicare le “cattive notizie”.

Riprendiamo un punto interessante: la valutazione delle risposte allo stress, la diagnosi del disagio psicologico e l'utilizzo di protocolli per intervenire sul paziente sembrano, ancora una volta, fare riferimento al modello medico di diagnosi e cura. Modello che funziona sul presupposto che il contesto sia invariante e che le tecniche possano riprodursi indipendentemente da esso.

La pretesa di invarianza sembra però non funzionare nell'esperienza clinica: nella letteratura esaminata emergono due problemi.

Il primo è la costante oscillazione dei medici (ma potremmo dire anche degli psicologi) tra il “desiderio di avvicinamento” al paziente, cioè la partecipazione emozionata alla relazione terapeutica, e il “rifugio nel tecnicismo” come difesa dalle componenti angoscianti e frustranti evocate dalla malattia oncologica.

Il secondo problema può essere così sintetizzato: si teme che gli oncologi possano vivere l'intervento dello psiconcologo come evento che toglie “centralità” al loro ruolo. I medici, inoltre, si sentono chiamati a formarsi

su tecniche psicologiche distanti da ciò che pensano debbano essere le loro competenze. Non trattare questo vissuto di costrizione da parte dei medici, mette a rischio il rapporto medico-psicologo.

E ancora, si rischia di istituire conflitti di potere con i medici, se gli psicologi si appiattiscono sulla psicopatologia e sulla psichiatria; se, in altre parole, agiscono acriticamente la cultura medicalizzante del contesto ospedaliero.

Diagnosi e protocolli sembrano strumenti usati come garanzia di scientificità della prassi psicologica e non permettono di cogliere il nesso esistente tra disagio vissuto dal paziente e modelli culturali del contesto entro il quale tale disagio viene “agito” (Carli, 2017). Cogliere questo nesso è ciò che chiamiamo competenza organizzativa, ovvero la capacità di “leggere e capire il contesto in cui ci si trova e a collocarsi utilmente e realisticamente al suo interno” (Carli, Paniccia, & Salvatore, 1995, p. 63). La competenza organizzativa implica, in altri termini, la capacità di svolgere una funzione entro un contesto produttivo a partire dalla comprensione dell’emozionalità che organizza il rapporto con i clienti interni ed esterni dell’organizzazione (Bisogni & Pirrotta, 2018).

Torniamo al reparto di Oncologia del SFN.

La richiesta di “psiconcologi” non bastava a definire le questioni problematiche sulle quali avremmo potuto intervenire. Non colludere con la fantasia di un esperto “che sa” a prescindere dal contesto, ci ha permesso di proporre un’iniziale esplorazione dei servizi della UOC Oncologia con l’obiettivo di cogliere e trattare le domande che sarebbero emerse. Per quanto concerne la richiesta di un tecnico della comunicazione che correggesse gli errori della comunicazione tra medico e paziente, si è fatta l’ipotesi che si stesse parlando non di un deficit individuale, quanto di una difficoltà di rapporto con pazienti e familiari che si confrontano con una malattia difficile e a volte incurabile.

La difficoltà a comunicare è stata interpretata come la difficoltà a stare in rapporto con pazienti e familiari che portano questioni “impertinenti”, cioè non di pertinenza clinica e organica, quali ad esempio i vissuti in rapporto alla malattia oncologica.

L’alternativa all’agito della cultura tecnica è rappresentata dal recupero della soggettività del medico e del paziente, tenendo l’attenzione sulle problematiche che emergono a partire dalla loro interazione.

Per recupero della soggettività del paziente intendiamo il processo di categorizzazione soggettiva di se stesso come malato, che il paradigma sanitario non riconosce. Il filosofo francese Canguilhem (1966/1998) afferma che la diagnosi non definisce il ruolo di malato, ma che è la persona, con la sua soggettività, a istituire il proprio *status* di malato. Solo dopo che la persona “si fa malato”, il medico interviene, con diagnosi, prognosi e terapia. La soggettività della persona che si rapporta al contesto sanitario viene subito controllata e addomesticata attraverso rituali che inducono alla regressione, alla spersonalizzazione, alla dipendenza e alla passività del malato (Carli, 2012). Ad esempio, “nell’ospedalizzazione le persone vengono rese obbedienti e passive, al fine di ottenere una completa remissività del paziente verso tutte le azioni messe in atto, nei suoi confronti, da parte del personale sanitario” (Carli, 2012, p. 3).

Sono le regole del gioco della convivenza ospedaliera: pazienti, familiari e personale sanitario sanno che le procedure, anche se poco umane, sono necessarie per il “bene del paziente”. Ma cosa accade quando tale accordo fallisce? La variabilità della malattia oncologica, la prognosi spesso infausta, la fallibilità e la tossicità delle terapie sono eventi critici che non permettono a medico e paziente di costruire un rapporto di affidabilità e dipendenza. L’alleanza medico-paziente, fondata sulla simbolizzazione nemica della malattia, implica una negazione del rapporto che il malato intrattiene con la sua malattia, ma anche del rapporto che il medico intrattiene con la malattia del malato (Fornari, 1976).

In Oncologia il rischio di fallimenti collusivi è alto perché “a vincere” spesso è il nemico e l’alleanza basata sulla simbolizzazione nemica della malattia può non reggere. L’oncologo rimane privo di strumenti relazionali e la comunicazione della diagnosi o della progressione di malattia diventa un’operazione difficile.

Questo fallimento collusivo ci sembra il problema che motiva la richiesta di una funzione psicologica nella UOC Oncologia. Funzione che può essere di due tipi. Carli e Paniccia (2002) chiamano “funzione sostitutiva” l’utilizzo di una tecnica fondata su un potere elevato, autonoma, assunta indipendentemente dal prodotto che si intende raggiungere. La funzione sostitutiva implica una forte asimmetria nel potere decisionale e una delega completa della realizzazione del prodotto. Ma, come dicevamo prima, la delega totale all’ospedale è impossibile per il paziente oncologico, il quale non riesce ad affidarsi e a dipendere, richiamando il personale sanitario a un rapporto da ridefinire insieme. È in questa messa in discussione della funzione sostitutiva

dell'ospedale che diventa utile la costruzione di una "funzione integrativa", un intervento che vuole contribuire al raggiungimento degli obiettivi propri dell'organizzazione stessa, senza assumerne il monopolio sostitutivo (Carli & Paniccia, 2002). Funzione sostitutiva e funzione integrativa non sono una condizione stabilita una volta per tutte, ma due poli entro i quali l'intervento psicologico clinico oscilla.

### ***La proposta di intervento: La costruzione di una funzione psicologica a partire dall'esplorazione delle domande incontrate nel Reparto***

Alla luce dell'analisi della domanda del facente funzione di Direttore della UOC Oncologia, si è proposto di costruire la funzione degli psicologi richiesti a partire da una esplorazione delle domande incontrate nel Reparto. Nel presente paragrafo, si tratterà l'intervento di esplorazione del contesto e della costruzione di una funzione psicologica a partire dalle domande incontrate. Seguirà un evento critico che ha portato a ridefinire il progetto e gli obiettivi della collaborazione. Infine verrà trattata la resocontazione come metodo e strumento di verifica dell'intervento.

### ***L'esplorazione delle domande quale ancoraggio per la costruzione della funzione psicologica nell'UOC di Oncologia***

L'intervento di cui resocontiamo è durato due anni, durante i quali abbiamo affiancato sul campo gli operatori sanitari in alcune delle attività svolte con i pazienti nei tre servizi della UOC: Reparto, Ambulatorio e Day Hospital oncologico<sup>4</sup>.

Come abbiamo già detto, la malattia oncologica fa fallire la cultura medica della guarigione. Il personale della UOC Oncologia è esposto al rischio psicosociale, generato dalle difficoltà relazionali che possono sorgere con i pazienti e i loro familiari in ragione di tale fallimento.

Proporre una funzione di pensiero su tali vissuti è stato complesso. Ci è capitato di sentirci come i pazienti ricoverati che, nella solitudine della loro stanza, chiedono di stare in rapporto attraverso domande ripetitive e richieste "banali", vissute dagli operatori come "perdite di tempo". I medici sembravano scappare dal Reparto e spesso anche dal rapporto con noi, mentre gli infermieri sembravano più interessati a parlarci. Abbiamo visto tale disponibilità come una prima risorsa da utilizzare. Tra un caffè e una terapia, gli infermieri ci raccontavano del disagio che vivevano nel Reparto: il rapporto problematico con l'esperienza della morte e quello conflittuale con i familiari dei pazienti che spesso li "incolpano" di inadempienze, la relazione con i medici sfuggenti, il vissuto di svilimento della professione infermieristica in reparti in cui il paziente deve essere assistito nei bisogni primari.

Il contesto di questi colloqui era il corridoio del Reparto dove, insieme agli infermieri, incontravamo i familiari dei pazienti e gli stessi pazienti. Qui abbiamo incontrato questioni interessanti, non visibili o non viste, in altri contesti. Incontravamo persone interessate a parlare di quello che stava accadendo loro. Parlare con noi ha voluto dire per queste persone essere viste nella propria soggettività. Una soggettività che la cultura ospedaliera tende ad espellere.

Inizialmente, il facente funzione di Direttore pensava che in Reparto "non ci fosse nulla da fare" e che non fosse utile la presenza di uno psicologo, richiesta invece per l'Ambulatorio e il Day Hospital. Questa inutilità parlava di un vissuto di impotenza nei confronti della malattia terminale e di una difficoltà a trattare la soggettività dei pazienti e dei familiari. Le richieste di rapporto che i pazienti portavano, erano vissute come impertinenti, esulavano, apparentemente, dalla competenza medica e tecnica che gli operatori attendono di esercitare.

---

<sup>4</sup> Della proposta di intervento ha fatto parte anche un corso di formazione per gli operatori sanitari, che è consistito in un ciclo di incontri di discussione di casi problematici incontrati durante l'attività lavorativa, che sono stati ripensati alla luce delle questioni emerse nel rapporto tra il personale sanitario, i pazienti e le loro famiglie. In questa sede orienteremo l'attenzione alle attività di affiancamento nei servizi della UOC.

Abbiamo ipotizzato che l'impotenza evocata dal reparto oncologico derivasse da una specifica cultura ospedaliera (Carli & Paniccia, 2011), ossia dall'insieme delle modalità relazionali giocate, in ospedale, nei confronti della fallibilità della cura e della possibile morte del paziente.

Da una ricerca sui modelli culturali del personale ospedaliero (Carli et al., 2016) in riferimento al rapporto tra utenti e sistema sanitario, si parla del malato terminale e del bambino prematuro.

Casi paradigmatici del dilemma proprio dell'intervento medico; un dilemma caratterizzato dalle polarità della vita e della morte. Il malato terminale simbolizza la vita che si avvia inesorabilmente verso la non esistenza; il prematuro simbolizza una non-esistenza che si avvia verso la vita. Nel primo caso la vita sconfinava nella morte; nel secondo, la non-esistenza intrauterina sconfinava nella maturazione vitale. Si tratta di due modi "estremi" di simbolizzazione emozionale del paziente ospedaliero. Di due dimensioni simboliche ove l'espulsione del paziente è agita quando la medicina si vive come impotente nella sua funzione di far tornare alla vita-guarigione; mentre il trattenere chi non ha completato il ciclo maturativo che porta alla vita è agito quando la medicina può mettere in atto iniziative che consentono la maturazione e danno la vita. Emerge la fantasia "onnipotente" che attraversa la cultura medica ospedaliera, fondata sulla contrapposizione tra il dare la vita al paziente e il non accettare la sconfitta della morte (Carli et al., 2016).

Espellere l'idea della morte e del morente riguarda non solo il contesto ospedaliero, ma è una cultura fondante la società contemporanea.

Norbert Elias (1985) parla della separazione tra morenti e viventi generata dalla condizione di infermità: l'esclusione dalla comunità umana, il progressivo raffreddamento dei legami affettivi, il distacco da coloro che hanno dato senso e sicurezza alla loro vita. L'autore parla di "rimozione" della morte sia a livello individuale che sociale. Come afferma anche Edgar Morin (1951), nel 1900 l'avvento di chemioterapia, insulina e penicillina ha comportato lo sviluppo delle moderne terapie, permettendo di affrontare malattie che per lungo tempo erano risultate molto gravi e spesso mortali.

Philippe Ariès (1975) rileva il cambiamento di rappresentazione della morte nella cultura occidentale, dal medioevo all'epoca contemporanea. Durante il primo medioevo, la morte era un evento familiare, annunciato e vissuto "nel proprio letto", che vedeva il morente come il protagonista di rituali pubblici a cui partecipava l'intera comunità e aventi lo scopo di addomesticare la paura della morte. Dal XIX secolo, la morte diventa un tabù, Ariès parla di "morte proibita", il malato è affare dell'equipe medica e gli ospedali si occupano di togliere dalla famiglia e dalla società l'imbarazzante presenza della morte. Come dice Elias, la reticenza e l'assenza di spontaneità nell'esprimere compassione (dal latino *cum-con* e *patior-passione*: partecipare all'altrui dolore) si manifestano nelle occasioni che richiedono l'espressione di una forte partecipazione emozionale, senza perdere l'autocontrollo. Se prima le formule e i riti convenzionali offrivano copioni emozionali utili a gestire l'emozionalità, oggi si fa fatica a recuperare la tradizione sociale perché vissuta come distante e obsoleta. Mancano nuovi rituali che permettano di pensare la morte e di avvicinarla, l'alternativa è il vissuto di *homo clausus*, l'uomo che, in quanto monade isolata, si aspetta di avere un senso per sé stesso, individualmente.

Non agire acriticamente la cultura della rimozione e dell'espulsione del paziente terminale, è l'obiettivo e il prodotto dell'intervento psicologico nel reparto di Oncologia.

Riportiamo ora il resoconto di un caso vissuto come critico, per la risonanza che ha avuto tra gli operatori del Reparto.

### *Il letto 2, la signora E.<sup>5</sup>*

E. è una donna sulla sessantina con diagnosi di tumore alla mammella e metastasi ossee, in cura presso il SFN da circa 5 anni.

La incontro per la prima volta in Reparto, dopo un ricovero in Pronto Soccorso, al quale arriva a causa di un problema respiratorio. L'oncologo del Reparto mi aveva proposto di parlare con E. perché gli sembrava una persona "molto dolce", una signora sola che ha dedicato tutta la vita alla scuola e ai suoi alunni. Il medico parla di un forte senso di colpa che E. prova e comunica, dovuto all'aver lasciato il lavoro a causa della malattia.

---

<sup>5</sup> A cura di Sara Ceccacci, tirocinante che ha lavorato nel Reparto della U.O.C. Oncologia del presidio ospedaliero SFN. Nel caso si parla in prima persona per rendere comprensibile l'intervento.



Quando entro nella stanza, E. non è sdraiata a letto con fare dimesso, ma parla criticamente dei problemi riscontrati in Ospedale; parla del suo lavoro con soddisfazione.

Dopo due settimane, un oncologo, frettolosamente, mi dice che “stava pensando proprio a me” perché la signora “del letto 2” sta male e non fa altro che piangere.

Mi chiede di parlarle. Provo a capire meglio cosa mi stia dicendo, ma ha troppa fretta, mi saluta.

Mi avvio verso l'ingresso, ma vengo fermata da un'infermiera. Mi racconta del turno appena concluso: la paziente del letto 2 l'ha chiamata diverse volte, con i pretesti più disparati, per parlare e confidarsi con lei. L'infermiera dice che “la signora ne ha tanto bisogno” e sembra preoccupata dalle infinite richieste di tempo e di rapporto. “Io posso parlarle 5 minuti, ma poi devo tornare al lavoro!”.

Le rimando che accogliere le richieste dei pazienti che sembrano esulare dalle procedure infermieristiche può essere un'operazione utile se non viene vissuta come altro dal proprio lavoro, fuori contesto.

Subito dopo, mi ferma un secondo oncologo: la signora “è impazzita” da quando ha saputo che la malattia è in progressione, o meglio da quando, durante l'ultimo ricovero, le hanno consegnato una lettera di dimissioni con un'errata diagnosi di metastasi polmonari che, in seguito, sono state identificate come tracce di polmonite. “Le abbiamo detto che era un errore, ma quella si è fissata”. Mi chiede di convincerla. Inizio a dubitare che non la stiano raccontando giusta neanche a me, in altri termini vengo presa dalla stessa diffidenza della paziente. Penso anche all'efficienza organizzativa come possibile contenitore delle angosce del paziente, e agli effetti di un'errata diagnosi.

Nessuno sembra avere tempo sufficiente per la paziente, l'emotività evocata sembra essere poco tollerata dal personale sanitario che chiede alla psicologa di occuparsene. L'unico intervento possibile sembrerebbe l'attivazione di una funzione sostitutiva.

Quando entro nella stanza capisco che si tratta di E. Non appena ci riconosciamo, scoppia a piangere, chiede se ricordo come stava bene prima; ora è tutto cambiato, “è uscita fuori di testa”, grida più volte “aiutatemi!”.

Il pianto e la voce di E. sembrano quelli di una bambina, è inconsolabile; qualsiasi tentativo di dare senso a quello che le sta accadendo sembra fallire.

Da quando ha letto la lettera di dimissioni, la parola “metastasi” le rimbomba nella testa; ha paura dei cambiamenti, sente di perdere il controllo sulla sua vita. La radioterapista le ha comunicato che potrebbe rimanere paralizzata: ha il terrore che questo possa accadere mentre sta sull'autobus o sul treno per venire in ospedale, teme di rimanere chiusa in casa a vita, come sua madre. Quest'ultima, disabile, è stata accudita da E. per oltre trent'anni, da quando il padre è morto. “Casa mia sta cadendo a pezzi e io sto dando tanti dispiaceri a mio fratello, se vede che piango mi rimprovera!”. Il fratello si è trasferito nella casa materna in seguito alle ultime dimissioni di E. e al suo timore di rimanere sola. Recrimina di essere stata sempre una persona presuntuosa, ha sempre pensato agli altri per non pensare a se stessa, cercando di mantenere il controllo su tutto.

È stata ricoverata perché lamenta dolore agli arti, non cammina bene, ha una forte oppressione al petto. Durante il ricovero “l'hanno rigirata come un calzino”, ma non hanno trovato nulla di nuovo. “Mi dicono che è solo agitazione, sono depressa!”. Dice che nessuno le crede e che la vogliono dimettere nuovamente, mentre lei sta male. Scopro più tardi che gli oncologi hanno richiesto una consulenza psichiatrica che ha esitato nella diagnosi di disturbo depressivo e d'ansia.

Arriva il fratello di E., lo penso come risorsa nel rapporto con la paziente. Per qualche minuto sento di colludere con la fantasia di convincerla, insieme al fratello proviamo a reinserire dati di realtà nei suoi discorsi; ma E. sembra fermamente convinta della possibilità di perdere il controllo dopo cinque anni di rapporto apparentemente stoico con la malattia. Il fratello ricorda che, al momento della prima diagnosi, E. ha avuto una prima crisi, contenuta con una terapia farmacologica e con una psicoterapia interrotta a causa della sua presunzione di farcela da sola.

Rimango con loro per un'ora e mezza. Intravedo come primo prodotto la possibilità di mettere insieme alcuni pezzi della vita di E. contestualizzando la deriva che sembra aver preso entro l'onnipotenza del farcela da sola. Faccio fatica a concludere l'incontro: quel pianto disperato mi tiene agganciata, sento di non poterla lasciare sola. Sento di poter colludere con E. in una sorta di delirio angoscioso, quindi penso sia utile pianificare un intervento che comunichi il mio impegno con la donna e la aiuti ad avere a fiducia nelle sue risorse: rimando a E. la possibilità di rincontrarci in Reparto e, qualora la dimettano, di prendere un appuntamento durante i giorni in cui lavoro lì.

Ripenso ai medici e agli infermieri che parlavano della paziente e al mio intervento volto ad una sorta di riparazione di un danno. Come loro stessi dicono, stare in rapporto con Oncologia equivale a ricevere una sentenza: dire tumore è come dire “tu muori”.

Quando il paziente oncologico porta al servizio ogni tipo di richiesta (dalla consulenza psicologica alla ricetta per una visita odontoiatrica) i medici si lamentano, ma non riescono a mettere limiti. È sintomatico, nel personale sanitario, il delegare la paziente alla psicologa quale modalità volta a non guardare criticamente alla propria prassi e al contempo prendere le distanze da emozioni angoscianti.

Eventi critici come il caso di E. ci hanno consentito di mettere a sistema una collaborazione con gli oncologi e gli infermieri, accordandoci sulla possibilità di inviarci i pazienti più problematici, nell’idea di un confronto con loro, a valle dei nostri incontri con i pazienti stessi. Questa modalità è stata utile nel costruire un metodo di lavoro volto a sospendere e pensare l’azione organizzativa.

### *Un evento critico, una risorsa per progettare*

Dopo un anno di intervento, la dirigenza della UOC cambia nuovamente; l’evento richiede una ricondivisione degli obiettivi di noi psicologhe con Oncologia.

Intervistiamo il Direttore con l’obiettivo di esplorare le sue aspettative nei confronti della funzione psicologica costruita fino a quel momento.

In questi incontri di committenza, ci concentriamo sulla complessità insita nella decisione, da parte degli oncologi, di programmare il passaggio del paziente in assistenza domiciliare o in Hospice. Spesso, l’invio a un altro servizio viene vissuto dal paziente e dal familiare come un violento allontanamento, un abbandono. Il Direttore sembra avere un unico problema: l’inefficienza delle strutture a cui si inviano i pazienti terminali, costringono l’ospedale e i pazienti ad attendere molti giorni, a volte anche settimane, prima di una valutazione dell’invio e una conseguente accettazione del paziente da parte delle strutture stesse. Nel frattempo, i pazienti rimangono in ospedale (alcuni passano qui i loro ultimi giorni); ricordiamo che l’ospedale non ha competenza a trattare le problematiche associate all’evento che chiamiamo fine vita. Questi ricoveri vengono vissuti come inutili e costosi: le famiglie diventano “intrattabili” e il servizio si sente un “lazzaretto”.

Tali vissuti prendono il sopravvento in assenza di un pensiero sull’utilità delle azioni che medici e infermieri, in modo anche competente, ma implicito, svolgono.

Lavorando nei servizi della UOC abbiamo sperimentato che comunicare la progressione della malattia, orientare pazienti e familiari verso altri servizi e accompagnarli in tale percorso, non agire violentemente il vissuto di “fine cura” (che ineluttabilmente comunica: “non c’è più niente da fare quindi il paziente non è più di mia competenza”), comporta il farsi carico di un rapporto che altrimenti diventa “intrattabile” tanto quanto la malattia terminale.

Negli incontri con il Direttore, abbiamo potuto vedere assieme che le famiglie considerate dal personale sanitario come “intrattabili”, lo sono perché angosciate dalla morte imminente di un proprio caro (qui aggiungiamo: e da un servizio che non le aiuta a riorganizzare quanto sta accadendo) e da un invio in Hospice che può evocare senso di colpa perché fantasticato come abbandono in un luogo diverso dalle mura domestiche, lontano dall’affetto dei familiari. L’angoscia dei familiari è la stessa che viene provata e agita dagli oncologi, i quali, assieme al vissuto abbandonico, sentono critico il non potersi più occupare del paziente a livello clinico.

Si può pensare al senso di colpa quale conseguenza del fallimento dell’onnipotenza, sia del familiare che si occupa con tutte le sue forze del paziente, a volte anche oltre i propri limiti, sia del medico che fatica a interrompere i trattamenti “attivi”, anche quando questi sono inutili e penosi.

A questo proposito, è stato resocontato al Direttore il caso di A., un paziente di 60 anni con diagnosi di tumore polmonare e metastasi cerebrali, fuori trattamento e in attesa dell’invio in Hospice.

A. è un ex militare, entrato in rapporto con la UOC di Oncologia a seguito di una crisi epilettica generata dalle metastasi cerebrali; evento che ha avviato una serie di accertamenti, la diagnosi e il ricovero in Reparto per le prime somministrazioni di radio e chemioterapia. Durante il primo ricovero, A. mantiene l’autocontrollo, non si lascia andare alla passività e alla dipendenza, abbandonando se stesso alle cure accettate acriticamente. È piacevole parlare con lui del suo lavoro, dei suoi interessi musicali (minimizza la sua malattia dicendo che “per il momento” ha messo da parte la chitarra a causa di una difficoltà motoria della mano), ci tiene a parlare del

suo “essere addestrato” agli imprevisti. Parlando della guerra in Kosovo, evochiamo la confusione tra amico e nemico, simile all’azione della chemioterapia che distrugge le cellule buone e quelle nemiche. “L’alieno deve essere eliminato”, dice.

A maggio torna in Reparto dopo una seconda crisi epilettica, completamente cambiato. È difficile seguirlo nei suoi discorsi, fitte associazioni di nomi di pittori, cantanti e film che sembrano gli ultimi baluardi della sua resistenza. La sua famiglia è tutta intorno a lui: la moglie gli offre di continuo acqua e cibo e il figlio gli propone l’ascolto della sua musica preferita, mentre lui guarda la televisione ignorandoli e cercando interlocutori esterni. La malattia è avanzata velocemente, le condizioni del paziente non permettono ulteriori trattamenti e viene richiesto l’invio in Hospice. Una di noi propone un momento di confronto alla sua famiglia, angosciata dalla rapida evoluzione della malattia e dai dolorosi e imprevedibili sintomi che comporterà. La moglie del paziente racconta di mesi difficili e impegnativi in cui spesso, da sola, ha fronteggiato il decadimento fisico e cognitivo del marito. I fornelli del gas e i rubinetti lasciati aperti, le improvvise cadute, i malori, gli elettrodomestici smontati, l’hanno portata a seguire e controllare ogni movimento di A., che la provocava smettendo di mangiare e minacciandola di suicidarsi, andando a schiantarsi da qualche parte con la macchina. La preoccupazione della signora verso la progressiva non autosufficienza del marito ha organizzato sempre di più il loro rapporto intorno alla dipendenza e alla reattività. I viaggi e lo scambio intellettuale che rendevano vivace il loro rapporto sono ora negati, lasciando spazio al senso di colpa e al tormento di aver fatto o meno “la cosa giusta”. La psicologa interviene per rassicurare la signora, proponendo un pensiero sui limiti che l’evento-malattia evoca: la signora si è adoperata attivamente col marito, ha fatto quanto era in suo potere per affrontare una situazione drammatica, difficile da trattare.

In questo caso l’Hospice sembra un’alternativa al faticoso ruolo di persecutore che la signora sembra aver assunto nel rapporto; il servizio si può occupare della somministrazione delle cure, che A. rifiuta se offerte da parte dei suoi cari, mentre sembra chiedere loro di stare insieme recuperando aspetti per lui piacevoli e interessanti. Alla fine dell’incontro, la signora dice che lo scambio le è stato utile, soprattutto perché si sente “meno in colpa” pensando all’Hospice.

Esplorare e pensare le emozioni evocate dal fine vita e dall’Hospice può significare prendersi cura del rapporto tra medici, infermieri e famiglie; differentemente, se si agiscono fantasie legate al “non c’è più nulla da fare”, si evoca abbandono, angoscia, aggressività.

Questo caso è esemplificativo della funzione psicologica utile alla prosecuzione del progetto. Il Direttore, interessato al resoconto del caso, coglie le questioni che il resoconto stesso solleva: i medici provano “imbarazzo” nel rapporto con i pazienti, soprattutto quando si parla di questioni emozionalmente rilevanti, come la comunicazione della diagnosi e della fine dei trattamenti terapeutici. Sembra riconoscere l’utilità dell’intervento resocontato e valorizza la funzione delle tirocinanti.

L’incontro con il Direttore ha consentito di progettare un intervento delle psicologhe, focalizzando l’attenzione sulle difficoltà che si possono acuire in due particolari fasi del percorso terapeutico: quando il paziente entra in rapporto con la UOC Oncologia per la prima volta e viene avviato il processo diagnostico-terapeutico; quando è presente uno stato di malattia non suscettibile di terapia attiva (terapia palliativa e di fine vita).

Nella fase iniziale, il personale sanitario comunica la diagnosi e il conseguente trattamento terapeutico al paziente e ai suoi familiari. Le componenti emozionali e soggettive irrompono nel rapporto operatore-paziente, poiché ci si confronta sin dall’inizio con la tossicità e la fallibilità della cura oncologica. L’alleanza operatore-paziente per combattere la malattia, centrale nella presa in carico del malato da parte del sistema sanitario, è difficile da costruire.

Nella seconda fase, il vissuto di impotenza irrompe fortemente con l’aggravarsi della malattia e il suo dichiararsi non guaribile. In Oncologia il passaggio alla cura del fine vita confronta, più di altri, con il riconoscere i propri limiti terapeutici, limiti all’onnipotenza che il personale sanitario può associare alla propria competenza a “guarire” il paziente dalla malattia.

Lo sviluppo del progetto di intervento ha permesso di concordare col personale alcuni dispositivi di collaborazione.

Ad esempio, in Ambulatorio l’accompagnamento dopo la prima visita da parte della psicologa nella stanza dell’accettazione infermieristica per prendere gli appuntamenti successivi e rifare il punto sulle procedure da effettuare, ha consentito di orientare maggiormente le famiglie nel rapporto col servizio. In Reparto, il supporto della psicologa nella comunicazione di progressione di malattia o di invio in Hospice ha attenuato la violenza nel rapporto tra operatori e pazienti in fase terminale, consentendo l’elaborazione di vissuti di angoscia, colpa

e impotenza da entrambe le parti. Questi dispositivi hanno permesso l'intercettazione di molte situazioni problematiche di rapporto tra la struttura, i pazienti e le loro famiglie.

### ***La verifica dell'intervento: La resocontazione e il test di Rosenzweig***

L'obiettivo metodologico che ha orientato il lavoro è stato il passaggio da una funzione sostitutiva (la delega allo psicologo nella comunicazione tra pazienti, familiari e operatori) a una funzione integrativa (l'intermediazione simbolica tra operatori e pazienti e la costruzione di un pensiero sull'esperienza lavorativa); dalla richiesta di un intervento psicologico "correttivo" a una collaborazione funzionale allo sviluppo di rapporti più coerenti con gli obiettivi organizzativi.

Gli indicatori connessi agli obiettivi ora enunciati sono: le richieste di collaborazione da parte degli operatori; l'utilizzo delle schede sull'interazione paziente-operatori entro le riunioni d'equipe; l'analisi delle risposte alla frustrazione da parte degli oncologi attraverso il Picture Frustration Test (PFT) di Rosenzweig (1947).

### ***Richieste di collaborazione da parte degli operatori***

Uno dei prodotti dell'intervento psicologico nella UOC di Oncologia è stato l'aumento delle richieste di collaborazione da parte degli operatori e la possibilità di ripensare all'intervento svolto da operatori e psicologhe, congiuntamente. Inizialmente le richieste riguardavano la delega del trattamento dei disturbi individuali dei pazienti (ansia, depressione, non *compliance*). Il lavoro è stato quello di contestualizzare il problema del singolo paziente entro i rapporti nei quali si esprimeva. Questa proposta ha permesso di guardare ai pazienti "difficili" come portatori di problemi situabili entro il contesto delle relazioni nel Reparto, problemi nei confronti dei quali era possibile un intervento delle psicologhe. Nel tempo, le richieste di intervento hanno riguardato sempre di più situazioni problematiche, eventi critici, casi di rapporto difficile tra pazienti, familiari e operatori.

Riportiamo un esempio.

Gli oncologi del Reparto riferiscono alla psicologa che, a seguito della proposta di dimissioni avanzata dal Direttore, la moglie di un paziente rivendica con rabbia la sua presa in carico. La signora pretende, aggressivamente, che si faccia tutto il possibile per il marito. La psicologa parla con lei ed esplora il suo vissuto abbandonico. La signora è consapevole del fatto che, per il marito, non c'è più nulla da fare ma al contempo pretende che le cure non vengano interrotte, che i tentativi di cura proseguano. Durante lo scambio si riformula il problema: le terapie attive sono state sospese perché insostenibili per il paziente, ma le terapie di supporto, fondamentali in questa fase, proseguono. Si parla dell'utilità dell'Hospice, una struttura che ha competenze specifiche per la fase in cui si trova il paziente e che può rispondere maggiormente ai suoi bisogni. La signora dice che è contenta di sapere questo, lei vuole che il marito non soffra e che possa stargli accanto fino alla fine. Dice di sapere che perderà presto il marito e che deve rassegnarsi, ma allo stesso tempo vuole essere sicura che non verranno abbandonati. Dopo questo incontro, la psicologa ha modo di confrontarsi, parlando con l'oncologo che aveva visitato il paziente, sulla paura che la progressione della malattia e il passaggio da Ospedale a Hospice evoca in pazienti e familiari.

### ***Utilizzo delle schede sull'interazione paziente-operatori***

Il Direttore era interessato a tenere traccia dell'intervento attraverso dei prodotti tangibili. La resocontazione del lavoro svolto e dei suoi prodotti è sembrato uno strumento utile a condividere con gli operatori il senso del nostro intervento e a ripensare la prassi organizzativa. Le schede sull'interazione paziente-operatori, scritte sia durante che dopo i singoli turni di affiancamento, hanno consentito di tenere traccia dell'intervento realizzato in collaborazione con gli operatori sanitari, e allo stesso tempo di dividerlo con chi non fosse presente.

Le schede sono state suddivise in due paragrafi: il primo dedicato agli eventi critici trattati, e l'altro allo sviluppo del rapporto col servizio. Il focus è quindi diretto a individuare criticità nel rapporto tra la UOC e i

pazienti con i loro familiari. L'intervento psicologico mira allo sviluppo di questo rapporto, attenuandone le problematiche, i vissuti di impotenza, frustrazione e aggressività. L'utilizzo delle schede ha permesso di descrivere sinteticamente e di precisare il metodo di lavoro, di condividerlo con l'equipe. Le schede di interazione paziente-operatori sono state utilizzate come strumento di confronto durante le riunioni organizzative, tenute con cadenza mensile. I casi presentati sono stati letti e discussi assieme al Direttore, oncologi e coordinatrici infermieristiche. Gli obiettivi erano duplici: sospendere l'azione organizzativa e parlare insieme delle criticità di rapporto incontrate durante i turni in Ambulatorio e in Reparto per condividere vissuti e strategie di lavoro comuni.

Un altro caso.

Durante un incontro, è stato discusso il caso di un paziente e della sua famiglia, angosciati dal ricovero in Reparto e preoccupati per la lunga attesa che era intercorsa dalla prima visita in ambulatorio. Si sentivano amareggiati perché nessuno si stava occupando di loro, come se aspettassero, impotenti. I medici, dal canto loro, avevano ben presente il paziente e stavano lavorando attentamente sulle scelte terapeutiche. In quel caso, la psicologia si è occupata di recuperare la relazione con il paziente e la sua famiglia, informandoli della situazione; si è anche attivata per dare informazioni sull'organizzazione del servizio oncologico, rassicurandoli sul fatto che i medici stavano studiando il caso per decidere la terapia migliore. Il caso ha permesso al gruppo dei medici di parlare dell'importanza della comunicazione con il paziente: dare informazioni può aiutare a non attivare quelle emozioni d'angoscia e di abbandono evocate dal timore nei confronti della malattia. Il confronto, reso possibile discutendo di questo caso, ha messo in evidenza le differenze di approccio tra gli oncologi: ci si è chiesto se comunicare fosse un protocollo, valido per tutti, o un'azione che si costruisce dentro il rapporto con l'altro.

### *L'analisi delle risposte alla frustrazione da parte degli oncologi*

Come più volte ripetuto in questo scritto, il personale sanitario, i pazienti e i familiari che si rapportano con la malattia oncologica e la sua cura, si confrontano con vissuti complessi di angoscia e frustrazione, relativi al divario tra la speranza di curare e di essere curati, e la presenza di una malattia grave, di terapie altamente tossiche e fallibili. Questo gap può generare aggressività e sensi di colpa. L'aggressività può essere diretta verso l'esterno (eteropunitività-E), verso se stessi (intrapunitività-I), oppure può essere evitata (non punitività-M).

Un obiettivo della nostra verifica dell'intervento era quello di rilevare come gli oncologi direzionassero la loro aggressività, nell'ambito di un intervento medico frequentemente frustrante. A questo scopo è stato utilizzato il Picture Frustration Test (PFT) di Rosenzweig (1947), opportunamente modificato al fine di contestualizzare la situazione frustrante entro la specifica relazione tra oncologo e paziente o familiari del paziente stesso. Tramite vignette appositamente predisposte, viene rappresentata una doppia serie di situazioni di rapporto tra medico e paziente in cui, alternativamente, il paziente propone situazioni frustranti per il medico e viceversa. In ciascuna vignetta, la frase frustrante è inserita in un fumetto relativo alla figura che parla e il soggetto è invitato a scrivere la risposta attribuita alla figura frustrata nel fumetto in bianco che la concerne.

Sono state somministrate 16 tavole, delle quali 8 rappresentano il medico frustrato dal paziente e le altre 8 il paziente frustrato dal medico. In questo secondo caso, è stato chiesto agli oncologi di identificarsi con il paziente e rispondere mettendosi nei suoi panni.

La somministrazione del Test ha riguardato i 12 oncologi e il Direttore, la totalità dei medici che lavorano nella UOC. I risultati sono stati analizzati attraverso la statistica multivariata e l'analisi delle corrispondenze multiple.

Non ci soffermiamo qui sull'analisi completa delle risposte al test, ma ci interessa evidenziare due questioni. Le risposte date dagli oncologi, quando sono nei panni del paziente frustrato che risponde al medico frustrante, sono in maggiore frequenza eteropunitive, seguite dalle non punitive e infine dalle intrapunitive. Il primo dato che si può estrapolare da questi dati sulla distribuzione totale è dunque che il paziente frustrato, immaginato dagli oncologi, è più eteropunitivo di quanto lo sia il medico frustrato. Quest'ultimo, di contro, è più intrapunitivo di quanto lo sia il paziente. Ricordiamo che il test di Rosenzweig è di tipo proiettivo, le risposte sono date in funzione del vissuto evocato dalla vignetta. Si può ipotizzare che i medici vivano il loro modo di comunicare con il paziente in modo meno aggressivo di quello del paziente. Paziente, spesso fantasticato come pretenzioso e violento.

Il paziente oncologico, nel vissuto dei medici, è prevalentemente eteropunitivo, in coerenza con la gravità del proprio male e della sfiducia nelle cure oncologiche; a questa aggressività del paziente, gli oncologi sembrano in grado di rispondere non colludendo con l'aggressività, facendosi carico dell'ansia del paziente e dando risposte capaci di responsabilizzazione e impegno ad affrontare – per quanto possibile – il male. Un dato, questo, che depone per l'efficacia dell'intervento psicologico entro l'ambito della relazione tra medico e paziente.

Altro aspetto interessante è stata la discussione del report sulla verifica dell'intervento con Direttore, oncologi e coordinatrice infermieristica. È stata proposta una lettura interpretativa dei dati non assumendo una posizione di valutazione, ad esempio dichiarando quale stile comunicativo fosse più adeguato, ma attivando una riflessione a partire da ipotesi, messe poi a verifica con il gruppo di operatori. In questo modo, è stata attivata una partecipazione implicata ed emozionata del gruppo, psicologi compresi. Si è parlato della comunicazione tra paziente e medico come modalità relazionale da costruire insieme. Ci si è interrogati sugli effetti di alcune comunicazioni entro specifici rapporti e contesti, sulle risposte emozionali che evocano le parole che si usano, più colpevolizzanti in certi casi, meno in altri. Il modello frustrazione-aggressività e il criterio punitività/non punitività sono stati utilizzati come chiavi di lettura nella prassi lavorativa.

### **Conclusioni**

Con questo scritto abbiamo proposto un contributo sulla funzione della psicoterapia psicoanalitica entro il contesto ospedaliero. Siamo partite dall'analisi di due mandati sociali concernenti un possibile intervento psicologico nell'ambito delle relazioni di convivenza entro un reparto ospedaliero oncologico. Ci siamo confrontate con un aspetto specifico del rischio psicosociale, correlato con l'assistenza e la cura del paziente oncologico, analizzando le problematiche emergenti entro la relazione tra operatori, pazienti e familiari. Relazione che l'intervento ha inteso sostenere in quanto a rischio di conflitti e agiti violenti. Per costruire e verificare con gli operatori di Oncologia questa funzione psicoterapeutica, ci si è cimentati in una faticosa costruzione di rapporti di fiducia con il personale sanitario. È stata proposta una funzione, quella psicologica, di sostegno a rapporti in crisi. La verifica dell'intervento è stata possibile grazie al rapporto di collaborazione con il personale sanitario e al continuo confronto tra cura della malattia e analisi delle relazioni. Resocontare l'intervento psicologico al personale sanitario è stato utile per un confronto tra esigenze di cura e problematiche della relazione, tra distacco terapeutico e coinvolgimento emozionale, tra funzionalità dell'organizzazione di reparto e necessità di informare pazienti e familiari.

Resocontare è, quindi, al polo opposto dell'applicare tecniche [...]. L'applicazione di tecniche è, in tal senso, rassicurante: serve soltanto scegliere il momento giusto e seguire le corrette indicazioni tecniche, appunto. Il resocontare, di contro, implica una teoria della tecnica che non è mai ripetitiva, che comporta un processo di pensiero sulla relazione che si sta vivendo, quindi l'incertezza dell'ignoto che si può capire come anche non capire. L'applicazione delle tecniche è rapida e rassicurante, perché crea la realtà della relazione e la rende prevedibile; la resocontazione comporta l'attesa, l'avventurarsi entro dimensioni ignote, volte a capire quanto avviene entro una relazione non prevedibile (Carli, 2008, pp. 167-168).

Conoscere, intervenire, resocontare e verificare il rapporto con la UOC Oncologia ha permesso di sviluppare una competenza nell'intervenire entro la complessa fenomenologia relazionale attivata tra personale sanitario, pazienti e familiari all'interno di un reparto ospedaliero di Oncologia.

### **Bibliografia**

- Ariès, P. (1975). *Storia della morte in occidente* [History of death in West]. Milano: Biblioteca Universale Rizzoli.
- Atzori, E. (2010). Come si scambia tra scuola e servizi e tra servizi e clienti: Il tirocinio nel Servizio Prevenzione e Protezione Rischi di un'Azienda Ospedaliera [How to exchange between school and services and between services and customers: Internship in the Risk Prevention and Protection Service]



of a Hospital]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1 (supplemento), 1-4. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

- Atzori, E. (2012). La funzione psicologica in un Servizio Prevenzione e Protezione Rischi: La valutazione del rischio da stress lavoro-correlato/rischio psicosociale come occasione per sviluppare un orientamento al cliente [The psychological function in a Risk Prevention and Protection Service: The assessment of work-related stress risk/psychosocial risk as occasion to promote client orientation]. *Rivista di psicologia clinica*, 1, 44-48. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Baile, W.F., & Costantini, A. (2013). *Comunicare con i pazienti oncologici e con i loro familiari* [To communicate with cancer patients and their relatives]. In M. Biondi, A. Costantini, & T.N. Wise (Eds.), *Psiconcologia* [Psycho-Oncology] (pp. 67-102). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bisogni, F., & Pirrotta, S. (2018). Ricerca-intervento per lo sviluppo di competenza organizzativa presso un servizio sociosanitario per adulti con disabilità e loro familiari [Research-intervention for the development of organizational competence in a sociosanitary service for adults with disability and their family member]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 32-65. doi: 10.14645/RPC.2018.1.717
- Buckman, R. (1992). *Breaking bad news: A guide for healthcare professionals*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Canguilhem, G. (1998). *Il normale e il patologico* [The normal and the pathological] (M. Porro, Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1966).
- Carli, R. (2008). Il resoconto e la diagnosi [Report and diagnosis]. *Rivista di psicologia clinica*, 2, 154-170. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (2012). Il tirocinio in ospedale [The internship in the hospital]. *Rivista di psicologia clinica*, 1, 3-20. Retrieved from <http://rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (2017). Per una definizione di psicoanalisi [For a definition of psychoanalysis]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 10-28. doi: 10.14645/RPC.2017.1.667
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2002). *L'analisi emozionale del testo* [The Emotional Text Analysis]. Roma: Franco Angeli.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia. Dai malati psichiatrici alla nuova utenza: L'evoluzione della domanda d'aiuto e delle dinamiche di rapporto* [The culture of the mental health services in Italy. From the psychiatric patient to the new users: The evolution of the demand of help and of the relational dynamics]. Roma: Franco Angeli.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2017). Il cammino delle idee [The path of ideas]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 1-17. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Carli, R., Paniccchia, R.M., Atzori, E., Cinalli, S., Brescia, F., Mazzeo, G., ... Dolcetti, F. (2012). Il rischio psicosociale in un Ospedale romano: Il rapporto tra Cultura Locale e soddisfazione nell'Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri [Psychosocial risk in a Roman hospital: The relationship between Local Culture and satisfaction in the San Filippo Neri Hospital]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 76-90. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., Paniccchia, R.M., Dolcetti, F., Policelli, S., Atzori, E., Civitillo, A., ... Fiorentino, R. (2016). La rappresentazione del rapporto tra utenti e sistema sanitario: I modelli culturali del personale ospedaliero [The representation of the relationship between users and the healthcare system: Hospital staff cultural models]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 89-118. doi: 10.14645/RPC.2016.1.609
- Carli, R., Paniccchia, R.M., & Salvatore, S. (1995). La dinamica del rischio e la sicurezza sul lavoro [The dynamic of risk and safety at work]. In Fondazione Enérgeia (Ed.), *La sicurezza sul lavoro (DL 626/94)* (pp. 55-80). Roma: Fondazione Enérgeia Edizioni.

- Cinalli, S. (2012). Il Servizio Prevenzione e Protezione Rischi: Quadro normativo di un sistema di sicurezza globale [The Risk Prevention and Protection Service: Regulatory framework for a global security system]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 42-43. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Elias, N. (1985). *La solitudine del morente* [The loneliness of dying]. Bologna: Il Mulino.
- Fornari, F. (1976). *Simbolo e codice: Dal processo psicoanalitico all'analisi istituzionale* [Symbol and code: From the psychoanalytic process to the institutional analysis]. Milano: Feltrinelli.
- Morin, E. (1951). *L'uomo e la morte* [Man and death]. Trento: Erikson.
- Rosenzweig, S., Fleming, E.E., & Clarke, H.J. (1947). Test di Frustrazione di Rosenzweig [Rosenzweig Frustration Test]. *The Journal of Psychology*, 24, 165-208.



## **Identify resources to accompany cultural changes: The intervention of psychology on the professional relationship between soldier and the military institution**

*Maria Carlino\**, *Maria Grazia Strocchia\*\**

### *Abstract*

Through a reflection on the changes that have affected military service, in particular the transition from obligation to choice, and with it to professional qualification, we believe that psychology can offer an important contribution to the analysis of psychosocial and cultural aspects of military professional identity. We suggest an intervention propose that takes into account, together with the evaluation processes of the individual that represent the most practiced part of the activity, the relationship between the expectations of the individual on the one hand and the organizational and cultural models of the military organization on the other, meaning as a culture the specific collusive modalities that characterize it.

*Keywords:* military psychosociology; military service's obligation; working demotivation; professional identity.

---

\*Military Psychologist, specialist in psychoanalytic psychotherapy. E-mail: mariacarlino.psi@gmail.com

\*\*Military Psychologist, master degree in psychodiagnostic and psychological assessment

Carlino, M., & Strocchia, M.G. (2020). Individuare risorse per accompagnare cambiamenti culturali: L'intervento della psicologia sulla relazione professionale tra militare e istituzione militare [Identify resources to accompany cultural changes: The intervention of psychology on the professional relationship between soldier and the military institution]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 15(2), 97-107. doi:10.14645/RPC.2020.2.781

## **Individuare risorse per accompagnare cambiamenti culturali: L'intervento della psicologia sulla relazione professionale tra militare e istituzione militare**

*Maria Carlino*\*, *Maria Grazia Strocchia*\*\*

### *Abstract*

Attraverso una riflessione sui cambiamenti che hanno interessato il servizio militare, in particolare il passaggio dall'obbligo alla scelta, e con essa alla qualificazione professionale, riteniamo che la psicologia possa offrire un contributo importante all'analisi di aspetti psicosociali e culturali dell'identità professionale militare. Proponiamo un modello di intervento che tenga conto, accanto ai processi di valutazione del singolo, che rappresentano la parte più praticata dell'attività, del rapporto tra le attese del singolo da un lato e i modelli organizzativi e culturali dell'organizzazione militare dall'altro, intendendo come cultura le specifiche modalità collusive che la caratterizzano.

*Parole chiave:* psicosociologia militare; obbligo del servizio militare; demotivazione lavorativa; identità professionale.

---

\*Psicologa militare, specialista in psicoterapia psicoanalitica. E-mail: mariacarlino.psi@gmail.com

\*\*Psicologa militare, master in psicodiagnostica e valutazione psicologica

Carlino, M., & Strocchia, M.G. (2020). Individuare risorse per accompagnare cambiamenti culturali: L'intervento della psicologia sulla relazione professionale tra militare e istituzione militare [Identify resources to accompany cultural changes: The intervention of psychology on the professional relationship between soldier and the military institution]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 15(2), 97-107. doi:10.14645/RPC.2020.2.781

## Premesse

Il servizio militare è stato, per intere generazioni di italiani, un obbligo normativo, noto in gergo come *naja*: un periodo, la cui durata nel tempo è stata modificata più volte, che gli uomini maggiorenni erano chiamati a dedicare all'addestramento militare. Per circa centoquarant'anni, a partire dal 1861 con la nascita del Regno d'Italia, il servizio di leva, ovvero di arruolamento, è stato un dovere. È interessante che la parola *naja* derivi dal dialetto veneto, e sia un'abbreviazione di *tenaja* (tenaglia): esprimeva uno stato d'animo, un vissuto. I giovani si sentivano strappati da casa dalla tenaglia dello Stato, che li obbligava al servizio di leva. Ci si sentiva tra le ganasce di una tenaglia, costretti a far qualcosa anche se non la si voleva. Inizialmente la *naja* durava tra i quattro e i cinque anni; fu tanto forte la diserzione, che talvolta diede vita al fenomeno del brigantaggio.

Durante gli anni delle due guerre mondiali la leva obbligatoria scese a diciotto mesi; divennero quindici nel 1964, restando la conferma dell'obbligatorietà derivante dall'articolo 52 della Costituzione italiana. Solo nel 1972 la legge n.722 disciplinò l'obiezione di coscienza con l'introduzione del servizio civile obbligatorio, alternativo per chi non volesse prestare servizio armato. Nei paesi occidentali, un forte incentivo alla legittimazione dell'obiezione di coscienza derivò dalle critiche alla guerra nel Vietnam negli Usa, che a partire dai primi anni Sessanta crearono vasti movimenti di dissidenza: movimenti e critiche che portarono all'abolizione del servizio militare obbligatorio nel 1973. La grande diffusione di questi movimenti di dissidenza nei paesi liberali e democratici si accompagnò con la difficoltà di verificare le motivazioni dell'obiezione, caso per caso. L'obiezione perdeva man mano il carattere originario: spesso era invocata per evitare il servizio, piuttosto che essere motivata da valori e dal rifiuto della violenza.

In Italia, in quegli anni, la contestazione giovanile e la pressione dell'opinione pubblica ottennero un'ulteriore riduzione a dodici mesi per l'Esercito e l'Aeronautica, mentre in Marina l'obbligo rimase di diciotto mesi fino al 1989. Otto anni dopo, il Parlamento votò per la riduzione del servizio militare a circa dieci mesi, introducendo anche, per la prima volta, il servizio militare volontario per le donne.

L'attenzione verso i soldati e la qualità della loro vita era già stata incentivata dalle due grandi guerre del '900; al compimento di più di un secolo di *naja*, l'attenzione pubblica cominciò a incentrarsi sui racconti dei soldati dal fronte, sull'emergere di psicopatologie di guerra e sulla frequenza di suicidi. Tutto questo concorse a generare un quadro generale che non poteva più essere sottovalutato, e fu la lunga premessa che creò il clima in cui venne approvato, in tempi ridotti, un disegno di legge che avviò il processo di superamento della *naja* obbligatoria, operativo nel 2005. Tale norma non abolì, ma sospese l'obbligo, che potrebbe essere ripristinato in caso di guerra, crisi o carenza di militari. Si può affermare che, da allora, l'Italia ha forze militari professionali composte solo da persone che hanno scelto tale carriera su base volontaria.

Si trattò di un grande cambiamento, importante per la tesi che stiamo sostenendo, ovvero della rilevanza di un intervento psicologico volto, nelle Forze Armate, anche ad accompagnare cambiamenti culturali.

Di recente, il dibattito politico sulla proposta di un ritorno al servizio di leva obbligatorio ha indotto a riflettere di nuovo sulla questione, includendovi anche una riconsiderazione dell'addestramento militare. Ci si chiede, ad esempio, quanto sia compatibile con le nuove culture giovanili, ma anche con le nuove funzioni che le Forze Armate nel frattempo hanno assunto (pensiamo alle funzioni connesse alla politica internazionale e agli interventi in aree critiche del mondo).

Torniamo su come la non obbligatorietà del servizio militare renda evidente la volontarietà della scelta. Sulla base di una prima considerazione, sembra importante capire quanto tale volontarietà comporti, nei nuovi assunti, l'accettazione e la consapevolezza delle regole del gioco entro cui la scelta viene effettuata. Si sceglie, infatti, di entrare in un'organizzazione largamente caratterizzata dall'obbligo. Attualmente, chi lavora in questo tipo di organizzazione assumendo lo status di militare assume anche l'obbligo di osservare, oltre le leggi dello Stato italiano, quelle dell'ordinamento militare; leggi che possono essere consultate in due testi del 2010: il Codice di ordinamento militare e il Testo unico delle disposizioni in materia di ordinamento militare. Il militare, nell'esercizio dei diritti previsti dalla Costituzione, è soggetto a disciplina, doveri, responsabilità e limitazioni. Ricordiamo anche che, per il militare, il dovere dell'obbedienza è assoluto e pervade la vita quotidiana.

L'obbligo resta, dunque, nel rapporto tra militare e Forza Armata, e attiene ai vincoli cui il militare deve sottostare; vincoli che prendono forma di doveri connessi al suo specifico status e alle esigenze di servizio. Al militare può essere ordinato, ad esempio, di rientrare dalla licenza in qualsiasi momento, di trasferirsi fuori regione da un giorno all'altro senza esitazione, di partire in missione senza conoscere le date del rientro, di

obbedire alle esigenze di servizio fino a ciò che nel linguaggio militare si definisce sacrificio estremo, ovvero alla morte.

Ne consegue che le competenze psicologiche pensate come necessarie per un militare sono quelle che gli permettono di stare in un'organizzazione fortemente gerarchizzata, dove controllare il proprio comportamento e quello degli altri entro relazioni di comando e di disciplina risulta prioritario. Nelle fonti normative in materia di requisiti e caratteristiche personologiche del militare, categorizzate per gradi e ruoli, emergono qualità come l'onore, l'attaccamento alla patria, la flessibilità di pensiero con tratti di tradizionalismo, la capacità di adattamento al servizio militare (posporre i propri bisogni alle esigenze di servizio). Da qui deriva il difficile compito di tradurre tali esigenze valoriali in tratti psicologici, ad esempio l'attenzione per la gestione dell'aggressività e dello stress, per la capacità di comando, per il controllo della paura (Costa, 2006).

Queste sono caratteristiche individuali. Ma ritenendo che il comportamento del militare derivi dal tipo di rapporto che ha con l'organizzazione, dal modo in cui la vive e la simbolizza, in altri termini dalla cultura militare con le specifiche modalità collusive che la caratterizzano (Carli & Panizza, 1999), che considerazioni possiamo fare? La parola soldato viene da *solidarius*, colui che è assoldato. *Solido* era la moneta usata nella parte orientale dell'Impero romano, introdotta da Costantino nel 309; soldato è chi esercita per guadagno il mestiere delle armi in milizie mercenarie. La differenza tra valori come onore e attaccamento alla patria e possibili vissuti dei militari inizia dallo stipendio. Quella militare non solo è un'attività stipendiata, ma si è stipendiati da un ente che dà, sotto questo profilo, la massima "sicurezza". Questo avviene in un mondo dove il lavoro, specie per i giovani, si realizza in un contesto sempre più incerto, o precario, come spesso viene definito.

Oggi la carriera militare si configura come un'opportunità - rara - di ottenere un contratto di lavoro indeterminato come dipendente pubblico, attraverso la partecipazione a concorsi annuali in cui vengono banditi numerosi posti. Va tenuto conto della carenza di concorsi che ha caratterizzato, invece, altri settori pubblici negli ultimi trent'anni. Ricordiamo l'alta disoccupazione giovanile nel nostro Paese, le crisi economiche che si susseguono aggravandola, la condanna all'impovertimento rispetto alle generazioni precedenti che pesa sulla testa delle giovani generazioni, e che gli economisti hanno denominato "divario generazionale" (Saraceno, 2015). Rievochiamo pure il "mito del posto fisso", presente non solo nella preoccupazione di molti genitori, ma anche in molti giovani.

Queste considerazioni portano a definire come anomica la contemporaneità che viviamo. Carli (2017) ha ricordato come per Durkheim l'anomia consiste nel rifiuto di occupare il proprio posto nell'ordine sociale, ovvero nel rifiuto nei confronti del non avere diritto ad avere di più di ciò che si possiede. Per evitare l'anomia servirebbe una sorta di acquiescenza all'ordine prestabilito. A partire da questa definizione, Carli propone la nozione, psicologico clinica, di ripiego; il ripiego è l'accettazione non convinta del proprio posto nel sistema sociale, vissuta quale ripiego, appunto, e quale limite frustrante delle proprie fantasie onnipotenti. Il ripiego può tradursi in depressione, come nella negazione dei limiti che motivano il vissuto di ripiego, oppure in un'accettazione dei limiti da cui derivano conoscenza e creatività.

Assumendo quest'ottica, vedremo che nella carriera militare è possibile delineare delle caratteristiche specifiche che la contraddistinguono dalle altre, e sostenere una riflessione sui significati che assume l'identità professionale del militare nella società contemporanea. Riteniamo che in questo la psicologia possa offrire un contributo importante, occupandosi di aspetti psicosociali e culturali dell'identità professionale militare. Troviamo interessante considerare un modello di professionalità che tenga conto del rapporto tra attese della persona da un lato e modelli organizzativi e culturali dell'organizzazione militare dall'altro, intendendo come cultura le specifiche modalità collusive che la caratterizzano (Carli & Panizza, 1999).

### ***Cenni storici sulla psicologia militare***

La psicologia militare può essere definita come la disciplina volta a comprendere, sviluppare e facilitare i processi organizzativi peculiari della realtà militare, allo scopo di potenziarne l'efficacia e l'efficienza operativa, mediante l'ottimizzazione del rapporto tra individuo e organizzazione (Livi & Lo Castro, 2016). Tale ambito della psicologia rappresenta un campo di studi e ricerca di vecchia data, che ha avuto un ruolo importante nello sviluppo della scienza psicologica stessa. Basti ricordare che la genesi dei questionari di personalità deve moltissimo all'esigenza di selezionare e monitorare individui idonei alla vita militare durante la Prima guerra mondiale. In quel periodo, negli Stati Uniti si affermava la psicotecnica, in particolare

nell'ambito militare. Il primo test, introdotto nel 1919 con l'obiettivo di identificare i soldati a rischio di "esaurimento nervoso" durante i bombardamenti, è il *Woodworth Personal Data Sheet*, noto anche come *Woodworth Psychoneurotic Inventory*. Si trattava di un test di personalità, sviluppato da Robert S. Woodworth per l'esercito degli Stati Uniti e utilizzato ampiamente nella ricerca psicologica. È stato descritto come l'antenato di tutti i successivi inventari e questionari sulla personalità. Un altro test nato dall'esigenza di valutare l'idoneità del personale militare a prestare servizio durante la Seconda guerra mondiale è stato il *MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)*. Pubblicato per la prima volta nel 1942 ad opera dello psicologo Hathaway e del neuropsichiatra McKinley, è ancora oggi uno dei questionari di personalità self-report più diffusi in ambito di screening psicopatologico, giuridico-peritale e selettivo, poiché ritenuto in grado di intercettare molteplici dimensioni di tratto dell'organizzazione intrapsichica e interpersonale dell'individuo. Nel secondo conflitto mondiale, inoltre, gli psicologi del War Office Selection Board (WOSB) dell'esercito inglese utilizzarono l'Assessment Center per la selezione del personale. I WOSB prevedevano uno schema per selezionare potenziali ufficiali per l'esercito britannico. Esso sostituiva un metodo precedente, il Command Interview Board, e fu precursore del metodo delle odierne commissioni di selezione degli ufficiali dell'esercito. Successivamente questi test sono stati adattati anche ad altri contesti della pubblica amministrazione.

Il contributo della psicologia in ambito militare non si limita alla creazione di strumenti diagnostici per il reclutamento e il monitoraggio dei militari: basti pensare ai lavori di Wilfred R. Bion (1961/1971), o a quelli di Sigmund H. Foulkes e di Kurt Lewin.

Wilfred Bion, nella sua esperienza del 1942 presso l'Ospedale Militare di Northfield, cominciò a trattare in gruppo militari che presentavano sintomi patologici, arrivando a formulare fondamentali teorie sul gruppo come realtà mentale e strumento di intervento. Anche Foulkes (1944), negli stessi anni, applicò al settore militare le sue teorie sulla gruppo-analisi, arrivando a sostenere l'importanza del gruppo nella sua attitudine a diminuire la resistenza del paziente verso il processo terapeutico.

Anche l'interesse della psicologia a occuparsi del contesto militare attraverso letture e interpretazioni dell'organizzazione e delle sue dinamiche è di vecchia data. Freud (1921/1989) definì, nei suoi scritti sociali, l'esercito come una grande massa artificiale, in quanto per impedirne la dissoluzione è necessaria una coercizione esterna; massa artificiale nella quale il singolo si identifica al meglio con il proprio superiore, il capo delle truppe, e si confonde con i suoi simili condividendone valori e finalità. All'interno della massa, la capacità intellettuale del singolo regredisce e la suggestione opera una vera trasformazione psichica. Nell'Io scatta l'identificazione e la ricerca di un Io ideale. Come il figlio si rispecchia nel padre, generando il complesso edipico, così un singolo nel gruppo si identifica nel capo, instaurando con lui un rapporto improntato all'Eros. Il singolo viene privato di autonomia e iniziativa, e viene reso un individuo collettivo, che regredisce alla condizione di orda primordiale, generando manie e malinconia. Questo processo, richiamando anche il lewiniano concetto di campo, in cui il tutto è più della somma delle singole parti, sostiene la possibilità di compiere azioni che singolarmente l'individuo non si sentirebbe in grado di realizzare (Lewin, 1948/1972).

Un altro contributo importante ai fini della nostra riflessione è quello di Jaques (1970/1978). Secondo il fondatore della socioanalisi, le istituzioni come l'esercito hanno la finalità inconscia di difendere i propri membri dalle angosce arcaiche, paranoide e depressive, simili a quelle che caratterizzano la relazione primaria madre-bambino, utilizzando i medesimi meccanismi. Dunque, attraverso un duplice processo difensivo, rappresentato prima dall'identificazione proiettiva, con cui gli individui proiettano fuori di sé parti vissute come pericolose e poi dall'identificazione introiettiva, con cui reintegrano tale modello di funzionamento difensivo, da un lato è possibile che rafforzino le difese individuali e attenuino la portata di tali angosce arcaiche, e dall'altro che creino un sistema socialmente condiviso di difesa dall'angoscia paranoide e depressiva, ovvero l'istituzione. Nel caso militare, si tratta di un'istituzione di difesa da possibili minacce sia all'integrità del Paese, sia alla propria.

Nei paesi occidentali, la psicologia militare ebbe un notevole sviluppo dagli inizi del secolo scorso, in particolare fra la Prima e la Seconda guerra mondiale. In Italia questo avvenne soprattutto grazie alle ricerche e ai saggi sulla vita militare pubblicati da Agostino Gemelli (1917).

Negli ultimi decenni, come conseguenza dei profondi cambiamenti dell'organizzazione militare, formata da professionisti e impiegata in contesti operativi complessi sia in Italia (es. calamità naturali, come alluvioni e terremoti) che all'estero (es. missioni di *peace-keeping* all'interno di forze multinazionali della N.A.T.O. o dell'O.N.U.), si è assistito a un rinnovato interesse nei confronti della psicologia militare, soprattutto per il notevole contributo che essa può offrire alla valorizzazione delle risorse umane entro l'organizzazione militare e alla salvaguardia del benessere psicologico dei militari.

Nel nostro Paese il reclutamento dei primi psicologi militari avvenne verso la fine degli anni Novanta nell'Esercito, in particolare nell'arma dei Carabinieri, e successivamente tra il personale sanitario. Fino a quel momento, diversi psicologi civili convenzionati operavano soprattutto nella selezione del personale. Da allora, le quattro Forze Armate (Esercito, Marina, Aeronautica e Carabinieri) reclutano ufficiali psicologi, alimentando una rete di collaborazione fra psicologi militari, psicologi civili convenzionati, infermieri e medici, soprattutto psichiatri. Negli ultimi anni è stato istituito un ufficio di psicologia e psichiatria militare che opera come organo di vertice, per integrare le realtà psicologiche delle Forze Armate e sviluppare la scienza psicologica nei differenti ambiti di intervento.

La presenza dello psicologo in Forza Armata, con status di militare, ha quindi una storia piuttosto recente. In circa vent'anni, i campi applicativi hanno spaziato dalla selezione del personale, al mantenimento dell'equilibrio psico-fisico del militare durante l'addestramento, al supporto alla carriera tramite l'istituzione dei consultori psicologici militari, alla valutazione dell'idoneità al servizio.

Gli eventi che oggi richiedono l'intervento di uno psicologo militare possono riguardare, oltre la selezione, la segnalazione di disagio psicologico da parte del militare o delle persone vicine (per es. colleghi e familiari), l'esposizione a condizioni altamente stressanti e pericolose per la propria vita, l'isolamento o la lontananza dagli affetti familiari, la manifestazione di condotte a rischio (per es. autolesionismo e suicidio) o di devianza (per es. tossicodipendenza), la prevenzione dello stress lavoro-correlato e attività psicodiagnostiche. Importanza rilevante riveste il supporto psicologico ai militari coinvolti in eventi critici/gravi (per es. ferimento o decesso di personale militare) e alle loro famiglie, mediante l'impiego di personale specialistico adeguatamente formato. Gli interventi sono realizzati all'interno delle Unità operative (per es. brigate, reggimenti) nelle diverse fasi del ciclo operativo (per es. approntamento, impiego e reinserimento) per sostenere il benessere psicologico individuale, di gruppo e familiare. Attualmente gli psicologi militari sono impiegati su tutto il territorio nazionale, nei centri di selezione del personale, nei centri di formazione, nei consultori psicologici, negli ospedali militari e in alcune strutture territoriali militari.

### ***Funzione psicologica nell'intervento in Forza Armata***

Una funzione preminente della psicologia militare riguarda, abbiamo detto, la valutazione dell'idoneità al servizio: essa può essere *ab initio*, nel processo di selezione del personale al momento dell'incorporamento; *periodica*, per l'obbligo che vige per alcuni militari di effettuarla periodicamente; o *straordinaria*, nei casi in cui sia il Comando o il militare a farne richiesta non programmata.

Nel primo caso, all'interno dell'articolato iter concorsuale, lo psicologo è coinvolto nella selezione di nuove leve che presentino caratteristiche di idoneità al servizio militare secondo profili psicoattitudinali stabiliti. Il contesto selettivo militare è intriso di modalità controllanti, che possiamo considerare di accompagnamento a un processo di assimilazione del candidato alla cultura dell'organizzazione. Il processo è volto a valutare quanto il soggetto è disposto ad aderire alle aspettative del contesto. Le modalità di selezione puntano a realizzare la replicabilità dell'organizzazione militare, specie sotto il profilo della sua cultura. L'organizzazione militare non richiede ai nuovi assunti capacità di iniziativa e innovazione. Si potrebbe dire che l'assimilazione prevalga sull'accomodamento.

Tale aspetto non si limita alla fase selettiva, ma permane durante la formazione. Particolarmente nei primi anni, i militari vengono addestrati con misure autoritarie, per le quali le reclute non devono chiedersi il perché delle cose, ma eseguire ordini. Viene alla mente la reinterpretazione cinematografica quasi esilarante dell'esercito statunitense, nel discorso iniziale del sergente Hartman nel film *Full Metal Jacket* di Kubrick del 1987. Durante l'addestramento si esige dalla recluta un apprendimento veloce circa l'impiego delle armi, l'allenamento fisico e l'acquisizione di competenze tecniche specifiche delle varie categorie e mansioni, assegnate a prescindere dalle motivazioni del formando. Questo processo è accompagnato da una concezione dell'educazione in cui la mente dell'educando è concepita come "plasmabile" attraverso metodi connotati dall'uso di autorità e persuasione, e da premi e punizioni.

C'è inoltre la programmazione di una serie di controlli della buona salute del militare, e lo psicologo è annoverato tra le figure che la garantiscono. Allo psicologo viene richiesto di intervenire nei casi di difficoltà del militare nel far fronte all'adattamento al contesto. Tale mandato può essere perseguito secondo un modello ortopedico dell'intervento psicologico che, considerando in deficit il militare che non rispecchia le aspettative dell'amministrazione, e ricorrendo a tecniche che lo riportino a norma, punta ad aiutarlo a porre rimedio alla

propria mancanza. Dalla nostra prospettiva, invece, vediamo prevalere la possibilità di intendere l'intervento psicologico come processo di significazione del rapporto tra militare e organizzazione, tra ruolo e funzione del militare, per dotare di senso l'appartenenza all'istituzione militare, puntando sulla scelta della carriera militare come un servizio motivante, riconoscibile dalla società e appagante la propria identità professionale.

Il modello è valido anche per i casi di difficoltà segnalati dai militari che volontariamente si rivolgono al servizio di psicologia, o per quelli inviati d'autorità al reparto di psicologia per segnalazione di disagio psicologico. Pensiamo sia al caso in cui è il Comando a fare richiesta del servizio di psicologia, in cui si parla – in gergo - di *marcamento visita*. Una volta i militari che segnalavano un malore venivano annotati, “marcati”, in un registro in dotazione al caporale del giorno; la marcatura era necessaria per richiedere di effettuare visita medica, ricevere cure ed essere esonerati dalle attività. Queste richieste sono state sempre vissute con sospetto: i motivi reali si associavano a quelli pretestuosi, per evitare il servizio. Anche oggi i sospetti accompagnano sia le richieste che partono dal militare, vissute come possibili simulazioni, sia quelle che partono dalle autorità, perché il militare potrebbe dissimulare lo stato critico per cui è indagato. La valutazione di disagio psico-fisico, desiderata nel primo caso e temuta nel secondo, va da una non idoneità *temporanea*, corrispondente a un periodo di convalescenza con giorni di riposo, a una inidoneità *permanente*, che comporta il congedo, per cui al militare viene corrisposto un assegno di pensionamento, anche anticipando i tempi, o viene data la possibilità di accedere ad altri impieghi statali.

La simulazione, nel caso di *marcamento visita*, fa ricordare il tic alla mano di Benigni nel film *Jhonny Stecchino* nella visita con l'assicuratore dott. Randazzo, finalizzato all'ottenimento del beneficio economico. Per la dissimulazione si può rimandare ai casi in cui la valutazione è richiesta da un ufficio di Comando per un militare che dà problemi sul lavoro, che desta preoccupazione, che vive relazioni conflittuali. In questo caso la committenza non è del militare, che può non riconoscersi come deficitario sotto un profilo personale o relazionale. La committenza è dell'autorità, che chiede di intervenire per riportare un ordine inteso come garanzia del perseguimento degli obiettivi istituzionali, in piena sicurezza del militare e di chi opera a stretto contatto con lui.

Ricordiamo che le Forze Armate, in conformità al diritto internazionale, annoverano tra i loro obiettivi la difesa dello Stato in caso di guerra o crisi, attraverso la realizzazione della pace e della sicurezza, la salvaguardia delle istituzioni, la tutela del territorio e la promozione di attività umanitarie a livello nazionale e internazionale. Queste finalità sono perseguite anche grazie a una struttura fortemente gerarchica. La gerarchizzazione dei rapporti è una specifica modalità di vivere le relazioni interpersonali nell'ambiente militare. La conoscenza del grado gerarchico tra interlocutori è il principale regolatore di ogni scambio. Il reciproco comportamento è supportato da un codice chiaro e da uno specifico protocollo di maniere da adottare in rapporto a un superiore, un subalterno o un parigrado. L'anticipazione del comportamento in modo così pervasivo testimonia dell'esigenza di controllare l'altro, più che di conoscerne la motivazione o le attese.

In questo senso, le situazioni che producono un invio o una richiesta del militare al reparto di psicologia possono essere lette come eventi in cui c'è un fallimento del controllo esercitato attraverso la gerarchia, ovvero della disciplina. Ad esempio, emergono espliciti conflitti tra militare e Comando, o varie condizioni di disadattamento, che possono trovare la forma dell'incompatibilità tra esigenze personali e lavoro, o delle problematiche personali che interferiscono con le attività previste. I problemi categorizzati dal regolamento militare come *malattia mentale grave*, condizione riconosciuta dalla normativa per stabilire una non idoneità al servizio, assumono un significato specifico in un contesto in cui non vige più l'obbligo di leva, ma si parla di scelta volontaria della carriera militare. Infatti, se vent'anni fa si potevano configurare tali problemi come questioni attinenti il vissuto di obbligo, quindi come reazioni di fuga, di ribellione, di contro-identificazione con l'appartenenza militare, oggi la simbolizzazione emozionale che assumono è certamente un'altra.

Nel dirsi malati, i militari non portano al reparto di psicologia una reattività alla costrizione, ma una delusione delle loro attese nei confronti dell'istituzione. Emergono lamentele, indignazione nel sentirsi trattati “disumanamente”, ad esempio perché comandati improvvisamente di recarsi fuori regione per i prossimi cinque anni. Oppure perché non ci si sente valorizzati nelle proprie competenze. O per un mancato avanzamento, che li condanna a far parte dei “segati”, come si dice in gergo, ovvero di quelli che non accedono ad attività prestigiose, che non arrivano agli apici gerarchici, che restano con lo stesso grado dei meno anziani. Chi viene alla visita si sente non ascoltato nei suoi problemi, nella difficoltà di convivere con l'incertezza e l'impossibilità di pianificare la propria vita. Non si accetta una dipendenza connotata da abnegazione; si vivono

mortificazione e rabbia; ma anche – in alcuni casi - eccitazione. In quest'ultimo caso è preponderante la speranza di una mobilità, di un cambiamento, di uscita dalla ripetitività.

La visita, più che una riconduzione all'ortodossia, può essere vista come una preziosa opportunità di rimettersi in gioco. Se i vissuti di mortificazione e rabbia prendono la forma della diagnosi di malattia mentale, conducono alla fine della carriera militare. È una conclusione meno costosa di un licenziamento, che non interrompe il rapporto di lavoro con lo Stato e offre, se sono presenti i requisiti di carriera, la possibilità di accedere a un pensionamento anticipato o a un impiego civile, cessati i vincoli dello stato di militare e permanendo i privilegi del pubblico impiego. Questo fenomeno registra alti numeri in Italia, tanto che lo Stato maggiore incalza nell'emanare regolamenti sempre più restrittivi per arginarli. Sul totale dei provvedimenti medico legali, in un arco temporale che va dal 2008 al 2016, circa il 10% delle diagnosi riguarda problematiche di ordine psichiatrico, con una prevalenza di disturbi dell'adattamento, con il 45% di non idoneità permanente (Favasuli, 2019).

Un'ulteriore modalità di accesso al servizio di psicologia è quella dei consultori, una forma di supporto che può essere richiesta dai militari e che non ha effetti diretti sul loro stato giuridico, non comportando una valutazione dell'idoneità al servizio. Si tratta di uno spazio protetto dal segreto e dall'anonimato, e il militare può accedervi senza autorizzazione del Comando; ma è una possibilità che spesso è minata dal timore del militare di essere comunque valutato. Sembra prevalere una dinamica di diffidenza, in cui lo psicologo è chiamato a saper trattare neoemozioni (Carli & Panicia, 2002), sospendendo il controllo e analizzando il rapporto tra individuo e contesto, tra militare e organizzazione militare.

Per contribuire alla comprensione di questi fenomeni, intendiamo raccogliere l'appello di Fortunato, che nel 1968 scriveva "Invito alla sociologia militare", e seguire le ipotesi degli studiosi che si sono interessati ai problemi della sfera militare nella società moderna, come Janowitz, Lang, Feld e Moskos. Attraverso queste analisi, è possibile promuovere interventi relativi all'identità professionale nel contesto militare, assumendo una lettura critica dei problemi che si manifestano nel rapporto tra militare e organizzazione.

### ***La trasformazione della professione da istituzionale a occupazionale: la nuova cultura del lavoro militare***

Intendiamo a questo punto approfondire la riflessione sulle motivazioni che caratterizzano la scelta della carriera militare per un soldato dei nostri tempi, anche per esplorare come è cambiata la cultura del lavoro in questo ambito.

Negli ultimi anni, l'immagine pubblica delle Forze Armate italiane appare notevolmente mutata: una ricerca sull'argomento ha rilevato atteggiamenti che si polarizzano da una parte su una profonda fiducia verso l'istituzione militare, considerata indispensabile per la stabilità internazionale, dall'altra sulla percezione di un argomento-tabù, poco conosciuto, affrontabile solo attraverso idee precostituite (Maniscalco, 2004).

L'alto numero di partecipanti ai concorsi banditi dalle Forze Armate ci informa che molti giovani si avvicinano al mondo militare. In base a quale interesse, ha cercato di capirlo una ricerca della fine degli anni Novanta (Battistelli, Ammendola, & Galantino, 1999), che ha categorizzato le motivazioni all'arruolamento e alla partecipazione alle missioni all'estero in tre tipi: motivazioni *paleomoderne*, *moderne* e *postmoderne*. Le motivazioni *paleomoderne* si basano sull'interiorizzazione delle finalità istituzionali. Si fondano sul senso di appartenenza all'organizzazione, e sono ispirate da valori militari tradizionali, come il servizio alla patria e la promozione dell'immagine del proprio Paese. Le motivazioni *moderne* sono strumentali ed egocentrate, ovvero basate principalmente su considerazioni di carattere occupazionale ed economico. Anche le motivazioni *postmoderne* sono egocentrate, ma a differenza delle moderne rispondono a bisogni di autorealizzazione, rappresentati dal desiderio di avventura o di fare un'esperienza significativa.

Degli studi americani hanno riscontrato che nel contesto militare l'approccio sociale sembra essere la spinta motivazionale più soddisfacente, seguita da quella razional-economica e da quella dell'auto-realizzazione (Britt & Adler, 2003). Per la motivazione sociale il gruppo è cruciale, come condivisione dei valori propri della società per la quale si combatte. L'approccio sociale come spinta motivazionale rimane quello che perdura nel tempo, in quanto unisce in maniera fraterna gli appartenenti al contesto militare, aspetto questo che, insieme alla solidarietà e allo spirito di corpo, alleggerisce il carico emotivo e lavorativo.

Va considerato che importanti cambiamenti hanno riguardato la missione stessa delle Forze Armate: negli ultimi decenni si è affievolita la funzione, prima dominante, di difesa del territorio italiano da possibili invasioni da parte degli altri paesi; ne predominano altre, come le attività politiche e militari svolte dalle Forze



internazionali di pace delle Nazioni Unite, generalmente definite come interventi umanitari o di mantenimento della pace (*peace-keeping*).

Nel tempo, come già sottolineava Moskos (1977), si è verificato un progressivo allontanamento dalla componente istituzionale della carriera militare, che implicava un'adesione completa ai valori e alla cultura dell'organizzazione, fino al sacrificio personale e al rischio della vita, per avvicinarsi progressivamente a un modello di tipo occupazionale, in cui l'adesione individuale non avviene su base vocazionale, ma è più orientata a trovare un'occupazione. La carriera militare è, in questo caso, una delle opportunità presenti sul mercato del lavoro. Un ulteriore cambiamento ha riguardato il professionismo militare: alle competenze tecniche del militare è dedicata un'attenzione sempre maggiore. Un'analisi della trasformazione della professione militare e dei cambiamenti nel comportamento sociale e politico dei militari nell'ultimo secolo sostiene che è in atto un progressivo avvicinamento dell'organizzazione militare a quella civile. Si richiedono al militare professionista conoscenze e requisiti sempre più simili a quelle dei tecnici civili: competenze specialistiche dei settori operativi e produttivi, tecnica dell'organizzazione, gestione del personale, competenze nel negoziare (Janowitz, 1960).

La carriera militare possiede i requisiti della professionalità, che secondo Huntington (1957) sono sintetizzabili in tre condizioni: la coscienza di appartenere a un gruppo con funzioni e finalità comuni, la responsabilità, forse nell'ambito militare più elevata che nelle altre professioni, e la capacità, il cui livello determina il grado di efficienza.

Tuttavia altri autori insistono sulle condizioni che rendono la carriera militare più di un lavoro come gli altri (Moskos & Wood, 1988). Il militare deve ancora essere disposto al sacrificio della vita, a rapportarsi a una struttura marcatamente gerarchizzata e a rigide norme di disciplina, entro un sistema di leggi militari assai più rigoroso di quello della società civile (Fortunato, 1968). Il contesto militare continua a essere connotato da dipendenza, subordinazione e obbedienza. Feld (1990) parla per questo di "professionismo conferito" e di carriere completamente controllate dall'organizzazione.

È questa, forse, la caratteristica che più incontra una crisi: l'obbediente subordinazione all'organizzazione militare. Essa in passato poteva trovare una stretta connessione con il senso di appartenenza allo Stato e con la fiducia verso le istituzioni. Nell'era contemporanea, il cambiamento culturale che ha accompagnato la globalizzazione ha mortificato la funzione degli stati nazionali, e dell'istituzione della Patria quale Nazione (Carli, 2017). Questo ha comportato una simbolizzazione svalutata e diffidente delle pubbliche istituzioni, e la configurazione della famiglia quale rifugio, luogo di appartenenza suppletivo. Di qui la lettura di alcuni problemi portati dai militari come categorizzabili entro un conflitto lavoro-famiglia.

Un altro fattore a cui poteva connettersi la desiderabilità di appartenere all'istituzione militare era il prestigio sociale; ma nel tempo il reclutamento è cambiato e, con esso, il prestigio. Se prima, ad esempio, la carriera di ufficiale era propria delle classi alte della società, dalla seconda metà del Novecento c'è stato l'allargamento di questa possibilità a una ben più grossa rappresentanza della popolazione. Janowitz (1960) qualifica questo fenomeno come una "democratizzazione dell'esercito", che minerebbe tradizioni e valori per l'aumento dell'eterogeneità nelle componenti dell'organizzazione.

Se i vecchi valori sono in crisi, il professionismo può trovare ostacoli, perché contrasta con l'obbediente subordinazione, come pure con le modalità di carriera fondate più sull'anzianità che sul merito. Dalla mancata carriera derivano mancate opportunità di partecipazione ad attività addestrative, o mancati incarichi di comando; questo genera malcontento e si riflette negativamente sulla percezione che il personale militare ha di se stesso.

Un altro aspetto della cultura del lavoro militare che intendiamo evidenziare concerne come viene vissuto l'apparato burocratico che permea la struttura organizzativa: si tende a svuotare di senso produttivo l'attività lavorativa, enfatizzando l'attenzione per gli aspetti formali. Un altro, non meno peculiare, è connotare simbolicamente la carriera militare come *posto fisso*. Questa simbolizzazione rimanda al passato, a una fase storica in cui la crescita, affidata alla produzione industriale della grande fabbrica fordista, era stata per lungo tempo elevata, la classe media vedeva aumentare il proprio reddito, i sindacati erano al colmo del loro potere. Eravamo tra la fine degli anni Sessanta e l'inizio dei Settanta, all'apice di un glorioso trentennio, poco prima che il primo shock petrolifero cominciasse a manifestare i suoi effetti (Gualmini, 2012). Oggi quel modello non è solo irrealistico, è obsoleto. Simbolicamente, il posto fisso rimanda al vissuto del sentirsi fermo. L'impiego garantito è una rasserenante sicurezza, ma è anche una trappola, una stagnante staticità (Cattari, 2014).

## Conclusioni

Riassumendo le nostre considerazioni, si può cogliere che il dissenso espresso da un militare nel proprio contesto lavorativo e la sua richiesta al reparto di psicologia, che avvenga marcando visita o essendo inviato dall'autorità, è non solo di fuga dal controllo e/o di ottenimento di vantaggi secondari (trasferimenti, riposo, eccetera). C'è anche una richiesta importante, più o meno esplicita, di riconoscimento del proprio rapporto con le Forze Armate, di valorizzazione dei legami affettivi, dell'appartenenza, del proprio senso di realizzazione lavorativa, che è nuova non solo rispetto alla cultura dell'obbligo, ma anche dell'identificazione "toto corde" con l'organizzazione che ha connotato il servizio militare del passato. È una richiesta coerente con le attese di chi - comunque, in vari modi, che possono essere esplorati e pensati - ha scelto di far parte dell'organizzazione militare.

Diventa per questo importante riconoscere la scelta come tale, e qualificarla attraverso un recupero della motivazione e del desiderio del militare; non farlo può confermare o sollecitare una posizione reattiva, più che metterla in discussione o "correggerla". Pensiamo all'utilità di proporre come centrale, nell'attività lavorativa, la capacità di perseguire obiettivi e non solo quella di adempiere a compiti. Pensiamo ad alcune categorie di militari che riferiscono soddisfazione nel vedere i frutti del proprio operato; ad esempio nella gratitudine negli occhi della gente, quando si occupano di sicurezza, di azioni antimafia, di controlli dei mercati, etc.

A partire dal ruolo di psicologo militare interno alla Forza, è possibile portare avanti una funzione psicologica che accompagni il militare nella considerazione di cosa si è chiamati a svolgere nel proprio lavoro, per individuare un cliente e un obiettivo condiviso tra sé e l'organizzazione. È possibile, nella consulenza, lavorare sul significato dell'appartenenza, individuare le risorse che si possono impiegare per far fronte al cambiamento culturale che attraversa la simbolizzazione delle Forze Armate.

Pensiamo che dei possibili interventi possano concernere ricerche sulle motivazioni all'arruolamento e al perseguimento della carriera militare, come pure delle proposte formative che tengano conto dei cambiamenti socioculturali degli ultimi decenni. Ma preminente obiettivo degli psicologi militari è la costruzione di una committenza, nella Forza Armata, sull'affiancare ad azioni di controllo e valutazione interventi che sviluppino la relazione professionale tra militare e organizzazione.

## Bibliografia

- Battistelli, F., Ammendola, T., & Galantino, M.G. (1999). The fuzzy environment and postmodern soldiers: The motivations of the Italian contingent in Bosnia. *Small Wars & Insurgencies*, 10 (2), 138-160. doi: 10.1080/09592319908423244
- Bion, W.R. (1971). Esperienze nei gruppi ed altri saggi [Experiences in groups and other papers] (S. Muscetta, Trans). Roma: Armando Editore (Original work published 1961).
- Britt, T.W., & Adler, A.B. (Eds.). (2003). *The psychology of the peacekeeper: Lessons from the field. Psychological dimensions to war and peace*. Westport: Praeger.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (1999). *Analisi della domanda: Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica* [Analysis of the demand: Theory and technique of intervention in clinical psychology]. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2002). *L'Analisi Emozionale del Testo: Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi* [Emotional analysis of the text: A psychological tool for reading texts and speeches]. Milano: Franco Angeli.
- Carli, R. (2017). Il ripiego: Una fantasia incombente [The fallback: An impending fantasy]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 5-24. doi: 10.14645/RPC.2017.2.692
- Cattari, F. (2014). *Il posto fisso* [A permanent job]. Mybook Self-publishing.
- Costa, M. (2006). *Psicologia militare: Elementi di psicologia per gli appartenenti alle forze armate* [Military Psychology: Psychology's elements for armed force's members]. Milano: Franco Angeli.

- Favasuli, M.A. (2019). Disturbi psichici in ambito militare [Psychic disorder in military environment]. *Giornale di Medicina Militare*, 7-16.
- Feld, M.D. (1990). Professionalità, nazionalismo e alienazione dei militari [Professionalism, nationalism and alienation of the military]. In F. Battistelli (Ed.), *Marte e Mercurio: Sociologia dell'organizzazione militare* (Vol. 33, pp. 403-408). Milano: Franco Angeli.
- Fortunato, G.C. (1968). Invito alla sociologia militare [Invitation to military sociology]. *Rivista militare della Svizzera italiana*, XL (6). doi: 10.5169/seals-246010
- Foulkes, S.H., & Lewis, E. (1944). Group analysis: Studies in the treatment of groups along psychoanalytic lines. *British Journal of Medical Psychology*, 20, 175-184.
- Freud, S. (1989). Psicologia delle masse e analisi dell'io [Masses psychology and ego analysis]. In C.L. Musatti (Ed. & Trans.) *OSF* (Vol. 9, pp. 257-330). Torino: Bollati Boringhieri (Original work published 1921).
- Galantino, M.G. (2003). Le motivazioni professionali dei peacekeepers: Mutamento sociale e ruolo internazionale delle Forze Armate Italiane [Professional motivations of the peacekeepers: Social change and the international role of the armed forces]. *Quaderni di sociologia*, 32, 63-79. doi: 10.4000/qds.1183
- Gemelli, A. (1917). *Il nostro soldato: Saggi di psicologia militare* [Our soldier: Essays of military psychology]. Milano: Edizioni Fratelli Treves.
- Gualmini, E. (2012). Il mito del posto fisso si ritorce sui giovani [The myth of the permanent job turns to young people]. *Il Sole 24 Ore*. Retrieved from <http://24o.it/a7jnY>
- Huntington, S.P. (1957). *The soldier and the state: The theory and politics of civil-military relations*. London: Harvard University Press. doi: 10.2307/j.ctvjf9wx3
- Janowitz, M. (1960). *The professional soldier: A social and political portrait*. New York: FreePress.
- Jaques, E. (1978). *Lavoro, creatività e giustizia sociale* [Work, creativity, and social justice]. Torino: Bollati Boringhieri (Original work published 1970).
- Lang, K. (1965). Disciplina e controllo nell'organizzazione militare [Discipline and control in military organization]. In F. Battistelli (Ed.). (1990). *Marte e Mercurio: Sociologia dell'organizzazione militare* (Vol. 33, pp. 418-425). Milano: Franco Angeli.
- Lewin, K. (1972). *I conflitti sociali: Saggi di dinamica di gruppo* [The social conflicts: Assay of group's dynamic] (R. Licausi, Trans.). Milano: Franco Angeli (Original work published 1948).
- Livi, S., & Lo Castro, I. (Eds.). (2016). *Psicologia Militare: Tra radici e prospettive. Estratti del Convegno* [Military psychology: Between roots and perspectives. Extracts from the conference]. Retrieved from <http://dip38.psi.uniroma1.it/web/psicologiamilitare/wp-content/uploads/2016/01/Livi-Lo-Castro-Estratti-del-Convegno-di-Psicologia-Militare-Giugno-2015-ver-2-2016.pdf>
- Maniscalco, M.L. (Ed.). (2004). *Opinione pubblica, sicurezza e difesa europea* [European public opinion, security and defense]. Soveria Mannelli: Rubbettino.
- Moskos, C.C., & Wood, F. (1988). *The military: More than just a job?* Washington: Pergamon-Brassey's.
- Moskos, C.C. (1977). From Institution to Occupation: Trends in Military Organization. *Armed Forces and Society*, 4 (1), 41-50. doi:10.1177/0095327x7700400103
- Saraceno, C. (2015). *Il lavoro non basta* [The work is not enough]. Milano: Feltrinelli.

## **Impatience**

***Renzo Carli\****

### *Abstract*

In this work, “suffering” is considered as the emotion one experiences in feeling emotions. Suffering is the emotion that focuses on itself as an object and is opposed to all other emotions that focus on the otherness as an object, or rather, that “shape” the otherness through emotional symbolization. Consequently, impatience is seen as a refusal to think about the emotions one feels; impatience, therefore, involves emotional acting out towards the reified otherness, considered as the cause, the responsible for the emotion one feels towards it. The analysis of impatience, which is very frequent in the dynamics of social coexistence, and its clinical implications is proposed.

*Keywords:* suffering; impatience; passivity; emotional acting out; violence.

---

\*Past Full Professor of Clinical Psychology at the Faculty of Psychology 1 of “Sapienza” University of Rome, Member of the Italian Psychoanalytic Society and the International Psychoanalytical Association, Director of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology) and *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica* (Cahiers of the Journal of Clinical Psychology), Director of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy - Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand. E-mail: renzo.carli@uniroma1.it

Carli, R. (2020). Insofferenza [Impatience]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 15(2), 108-116. doi:10.14645/RPC.2020.2.816

## **Insofferenza**

***Renzo Carli\****

### *Abstract*

La sofferenza, nella proposta presentata in questo lavoro, viene considerata come l'emozione che si prova nel provare emozioni. La sofferenza è l'emozione che ha come oggetto se stessi nell'essere emozionati, al contrario di tutte le altre emozioni che hanno l'altro come oggetto, o meglio che "costruiscono" l'altro tramite la simbolizzazione emozionale. L'insofferenza, di conseguenza, è vista quale rifiuto di pensare alle emozioni che si provano; l'insofferenza, quindi, comporta l'agito emozionale nei confronti dell'altro reificato, ritenuto la causa, il responsabile dell'emozione che si prova nei suoi confronti. L'insofferenza, molto frequente nelle dinamiche di convivenza, viene analizzata nelle sue implicazioni cliniche.

*Parole chiave:* sofferenza; insofferenza; passività; agito emozionale; violenza.

---

\* Già Professore Ordinario di Psicologia Clinica presso la Facoltà di Psicologia 1 dell'Università di Roma "Sapienza", Membro della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association, Direttore di Rivista di Psicologia Clinica e di Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, Direttore del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica - Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. E-mail: renzo.carli@uniroma1.it

Carli, R. (2020). Insofferenza [Impatience]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 15(2), 108-116. doi:10.14645/RPC.2020.2.816

## Premessa

Una comprensione dell'emozione che passa sotto il nome di "insofferenza" presuppone che si colga il senso della "sofferenza", nei confronti della quale la nostra emozione sembra proporsi come negazione.

Soffrire è un termine di origine latina il cui etimo risale a *fero*, che vale "portare", unito alla particella *sub*, equivalente a "sotto". *Suffero (sufferre)* vale presentare (porgere un oggetto sostenendolo da sotto, in atto di deferenza), ma anche fornire, sostenere, tenere in piedi, e in senso traslato sopportare (un peso), quindi soffrire, patire, subire.

Soffrire, d'altro canto, è anche il significato del verbo latino *patior (passus sum, pati)*, derivato dal greco *pàthos*. Qui le cose si complicano. Come ricorda Fitzgerald (2008), il termine greco *pàthos* significa, letteralmente, "sperimentare qualcosa" *sia in senso positivo che negativo*<sup>1</sup>. L'emozione, quindi, e non si coglie il motivo dello stupore del Fitzgerald, è un termine che non si dipana lungo quella comoda, semplice e spesso inutile categorizzazione che vuole attribuire "un senso positivo" o "un senso negativo" all'emozione stessa. I greci non erano preoccupati di questa attribuzione di "valore", che porta ad accettare o rifiutare un'emozione. *Pàthos* indica, in senso generale, l'emozione e al contempo le diverse emozioni, se prese insieme.

Più interessante può essere il riferimento al latino *patior*, la cui etimologia sta alla base del termine italiano: passivo. Le emozioni, in altri termini, sembrano alludere al fatto che non si può non provarle, sperimentarle; di fronte alle emozioni siamo passivamente coinvolti e, forse, questa è la ragione dell'etimologia latina, comune per entrambe le parole: sofferenza e passività.

La sofferenza, se seguiamo questa ipotesi interpretativa – suggerita dall'identità etimologica dei termini sofferenza e passività – è intrinseca al "provare emozioni", in quanto ciò comporta un sentirsi in balia dell'emozione stessa, una sorta di costrizione, di accettazione ineluttabile dello stato emozionale.

In questo senso, il soffrire e il provare emozioni sono esperienze che si equivalgono.

La sofferenza è il contesto entro il quale si configurano le emozioni "non pensate", le emozioni che ci attraversano, che ci prendono senza che noi ci si possa far niente. Pensare emozioni, quindi, è l'alternativa al soffrire, quale stato emozionale irrefrenabile. L'altra alternativa al soffrire sta nel liberarsi delle emozioni tramite l'agito emozionale. Quest'ultima alternativa, d'altro canto, comporta "costi" elevati, come vedremo tra breve.

La sofferenza, a ben vedere, è l'unica emozione che non ha l'"altro da sé" quale oggetto o quale pretesto. Se si ama, si invidia, si desidera, se ci si vuole appropriare, se si prova ira, angoscia, rabbia le emozioni sono rivolte a qualcosa che sta al di fuori di noi, nella nostra percezione; le emozioni, in altri termini, costruiscono l'"altro", in quanto oggetto delle nostre simbolizzazioni emozionali. La sofferenza, identificabile con il provare emozioni, ha quale oggetto noi stessi. L'oggetto della sofferenza, al contrario di tutte le emozioni, è il nostro sé. L'oggetto del soffrire siamo noi stessi, in quanto proviamo emozioni. Proviamo emozioni passivamente, senza poterci far nulla, in modo irrefrenabile; il provare emozioni, l'essere attraversati dalle emozioni, in sintesi, è la prima e la più importante esperienza di impotenza. In questo senso la sofferenza, identificata con il provare emozioni, equivale al sopportare, al portare un peso.

La sofferenza è uno "stato d'animo" intrinseco alla simbolizzazione emozionale tramite la quale – ciascuno di noi e noi tutti insieme che condividiamo contesti – costruiamo la nostra relazione con la realtà contestuale. Il fatto che gli "oggetti", quegli aspetti della realtà che viviamo come altri da noi siano, nell'esperienza, parti di noi che intenzioniamo emozionalmente – nei modi più diversi – e ai quali possiamo rapportarci solo tramite agiti emozionali, tutto questo comporta "sofferenza". Il soffrire, in altri termini, è la componente mentale tramite la quale noi possiamo amare, odiare, irritarci, gioire, desiderare, idealizzare, sospettare, diffidare, pretendere, stimare, temere, invidiare e molto altro, nella relazione con il contesto.

Si può allora comprendere come il "valutare" le emozioni, classificandole entro la più primitiva delle categorie – la categoria positivo/negativo – sia già un modo per attenuare l'impotenza vissuta nell'essere attraversati dalle emozioni passivamente, un modo per attenuare la sofferenza del provare emozioni.

Il provare emozioni implica, comporta necessariamente l'emozione della sofferenza.

Le emozioni alle quali abbiamo fatto cenno, l'amore, l'odio, l'invidia, la preoccupazione, la diffidenza, la rabbia, tutte implicano una relazione con l'altro; sono emozioni che segnano, caratterizzano, organizzano, strutturano la relazione con l'altro. La sofferenza insita nel provare emozioni, di contro, è un'emozione riferita

---

<sup>1</sup> Il corsivo è mio.

univocamente a se stessi, caratterizza la relazione con se stessi. Si può dire che la sofferenza, intesa quale emozione provata nello sperimentare emozioni, sostanzia il rapporto con se stessi e con le proprie emozioni; la sofferenza, in altri termini, attraversa lo stare in rapporto con se stessi, lo stare soli con se stessi e con le proprie emozioni. Le emozioni che hanno come oggetto l'altro, possono essere pensate o agite: l'agito concerne l'altro e può connotare in modo agito – non pensato, quindi – la relazione. La sofferenza provata nel provare emozioni – di contro – non può essere agita, in quanto l'oggetto dell'agito non c'è; la si può pensare, oppure l'unico modo agito di rapporto con la sofferenza è la sua negazione; una negazione che comporta la reificazione dell'emozione riferita all'altro. Negare la sofferenza legata al provare emozioni, in altri termini, comporta anche – necessariamente – il negare l'accettazione dell'origine “interna” delle emozioni che concernono l'altro, e al contempo il rifiuto dello stare soli con se stessi al fine di riconoscere la propria realtà emozionale. L'origine delle emozioni che concernono l'altro, la si può cercare nel tentativo di “dare un oggetto” alla sofferenza, quale stato originario del nostro essere attraversati dall'emozione. Le emozioni che si rivolgono all'altro, quindi, sono una trasformazione della sofferenza caratterizzante lo stare soli con noi stessi. Noi “scopriamo” il mondo esterno tramite l'investimento emozionale di ciò che sta fuori di noi, quale trasformazione della sofferenza caratterizzante la relazione emozionata con noi stessi. La sofferenza, in altri termini, può essere considerata quale “grumo originario”, quale insieme emozionale infinito, che contiene in sé tutte le emozioni. La relazione con gli oggetti del mondo esterno, relazione originariamente emozionale, comporta il dispiegarsi di simbolizzazioni emozionali nei confronti degli oggetti stessi, originate dalla sofferenza insita nella relazione emozionata con se stessi. “Stare bene con se stessi”, allora, comporta l'accettazione della sofferenza emozionale e, quindi, la possibilità di pensare le emozioni con le quali simbolizziamo gli oggetti della realtà, dando un senso al nostro porci in relazione con tali oggetti tramite la loro connotazione emozionata.

Accettare la sofferenza emozionale, vuol dire accettare se stessi e la propria modalità di conoscere emozionalmente ciò che sta fuori di noi; una conoscenza che si realizza tramite la simbolizzazione emozionale con la quale facciamo esistere gli oggetti che attribuiamo alla realtà esterna. Solo il pensiero sulle emozioni che danno origine agli “oggetti - non noi”, consente di configurare come esterni a noi gli oggetti stessi e consente, quindi, di organizzare una relazione con tali oggetti. Tutto questo è possibile se si accetta il nostro essere emozionati, quindi se si accetta la sofferenza che ci configura quali entità emozionate. Pensare a noi stessi, in definitiva, comporta il simbolizzarci emozionalmente come sofferenza.

Perché sofferenza? Perché il provare emozioni comporta sofferenza, o meglio è esso stesso un evento identificabile come sofferenza?

Torniamo all'etimo greco, al *pàthos* e al termine da cui origina, il verbo *pàsco*, che letteralmente significa “ricevo un'impressione”. *Pàthos* significa “ciò che ci accade”. Nei vocabolari, poi, si specifica che l'impressione che riceviamo, ciò che ci accade, ha spesso una componente “negativa”.

Ma quello che “ci accade” implica una sorta di passività in chi subisce l'accadimento, così come il ricevere un'impressione comporta, in chi la riceve, ancora una sorta di passività.

*Pator*, il termine latino che corrisponde al verbo greco *pàsco*, vale sofferenza ma è anche – in questo caso soprattutto – la radice della parola passività.

Il provare emozioni, in sintesi, è un evento che comporta passività. Chi “prova” emozioni lo può sperimentare solo entro una accettazione passiva delle emozioni stesse.

Le emozioni si subiscono, l'esperienza emozionale comporta un “essere attraversati” dall'emozione, un vivere passivamente l'emozionalità.

Le cose cambiano se all'emozione segue l'agito emozionale; in quanto “agito”, esso comporta l'illusione di qualcosa che prevede l'iniziativa della persona coinvolta. Qui sta la grande differenza, proposta entro la teorizzazione psicoanalitica, tra agito e azione. L'agito consiste nella traduzione comportamentale dell'emozione, passivamente vissuta come se il protagonista dell'agito fosse un altro. Raptus, momento di follia, perdita del controllo di sé, stato di incapacità di intendere e di volere, impulso irrefrenabile ... tutti modi per indicare che l'agito è, sì, un comportamento che ha conseguenze sociali e giuridiche nel suo essere messo in atto ma, al contempo, implica che chi compie l'agito non lo fa intenzionalmente, è preso passivamente in un irrefrenabile bisogno di mettere in atto qualcosa, senza esserne “consapevole”, senza viverci come attivamente implicato in ciò che viene agito. Ben diversa è, di contro, la nozione di azione, ove l'attore di ciò che viene messo in atto appare consapevole della cosa, e il suo agire viene percepito come intenzionale.

In sintesi, la sofferenza insita nel provare emozioni può essere considerata quale stato emozionale evocato dalla passività alla quale costringe l'emozione stessa. Passività e sofferenza, dunque, sembrano sinonimi quando si tratta di descrivere, categorizzare, conoscere ciò che avviene a tutti noi nel provare emozioni.

### ***L'insofferenza***

Pensare emozioni, in base a quanto ho affermato sino ad ora, comporta – quale evento importante e preliminare – l'accettare la sofferenza insita nel provare emozioni e nel poter riconoscere come proprie le emozioni stesse. L'insofferenza, quindi, consiste nel rifiutare la sofferenza della quale parlo e nell'attribuire le proprie emozioni all'"altro", agli eventi o alle persone del contesto che, con la loro specifica esistenza, causano e giustificano le nostre emozioni. In questo senso, il rifiuto di accettare la sofferenza comporta la necessità compulsiva di agire le proprie emozioni, di trasformarle in agiti che coinvolgono gli "oggetti" del contesto ai quali attribuiamo il movente, la causa delle nostre emozioni.

Una vecchia battuta può aiutare a comprendere quanto sto dicendo: "Non sono io che sono razzista, sei tu che sei negro"<sup>2</sup>. La sofferenza insita nel provare emozioni, d'altro canto, è ben espressa da Gaio Valerio Catullo nel distico elegiaco del suo *Carme* 85: "Odi et amo. Quare id faciam, fortasse requiris. Nescio, sed fieri sentio et excrucior"<sup>3</sup>. Catullo, in due soli, splendidi versi, riassume mirabilmente l'intera sua esperienza amorosa nei confronti di Lesbia.

*Excrucior* rimanda alla forma attiva del verbo, rimanda cioè a *excrucio* nella cui composizione appare la parola *crux*, uno strumento di tortura volto a procurare una morte straziante, tra i tormenti. Il poeta, in sintesi, associa alle emozioni provate per Lesbia, al "sentire che accadono", il tormentarsi, il soffrire.

Il poeta accetta la sofferenza insita nelle emozioni provate per la donna amata, e quindi ne può parlare: *excrucior* comunica al lettore quel tormento che lo attraversa, in quanto preso dall'emozione.

Tra il distico del poeta veronese e l'autore della battuta "razzista" c'è un abisso, non solo culturale; Catullo ci parla, in modo poetico – sublime – della sua sofferenza nel provare emozioni; l'attore della battuta ci comunica che non sa, non può, non vuole accettare questa sofferenza e rovescia quindi le proprie emozioni di rifiuto, di insofferenza, di rabbia razzista sull'altro, su chi con il colore della sua pelle motiva e giustifica l'odio razzista provato da chi proferisce quella frase.

Per paradosso, sarebbe "come se" Catullo, provando insofferenza per il tormento evocato dalle proprie emozioni nei confronti di Lesbia, se la prendesse con Lesbia, la rimproverasse e la aggredisse per la sofferenza che gli infligge, suscitandogli amore e odio.

Chi è insofferente, trasforma le proprie emozioni in agiti che concernono l'oggetto della propria emozionalità. L'insofferenza è l'anticamera della violenza.

Quando non si riconoscono come proprie le emozioni provate nei confronti di ciò che sta fuori di noi, quelle stesse emozioni costringono a "costruire un'immagine dell'altro" coerente con l'emozione che lo ha fatto esistere alla nostra consapevolezza. L'insofferenza, in altri termini, rende incapaci di guardare alla relazione con l'altro, ma configura emozionalmente l'altro in coerenza con ciò che proviamo per lui. L'agito emozionale che segue all'insofferenza, quindi, impedisce ogni relazione con l'oggetto dell'agito stesso.

Sottolineo questo, perché l'attenzione alla relazione comporta l'utilizzo di categorie diverse da quelle tramite le quali connotiamo l'altro quando non pensiamo al senso delle nostre emozioni. Nell'insofferenza, l'altro viene simbolizzato entro le infinite varianti della dicotomia: amico/nemico. Ricordando che, di fronte al nemico, sono possibili due sole reazioni, necessariamente "agite": l'attacco o la fuga. Ricordando, anche, che con l'oggetto simbolizzato come nemico non è possibile alcuna relazione; la simbolizzazione nemica dell'altro esclude un rapporto di interlocuzione in quanto, nella simbolizzazione nemica, è implicito che anche l'altro-

---

<sup>2</sup> Dagli anni Settanta del secolo scorso il termine "negro", assimilato a quello statunitense "nigger", è usato in modo dispregiativo e offensivo. Oggi si dibatte sull'uso del termine "nero", una traduzione letterale dell'americano "black"; un termine usato negli Stati Uniti – ancora attraversati dal razzismo – per specificare, orgogliosamente, la propria appartenenza al gruppo afroamericano: "Black lives matter", "Black power" sono esempi, assieme a molte altre locuzioni, del rivendicare i diritti delle persone di colore o la parità tra gruppi etnici. Nel motto di spirito s'utilizza intenzionalmente il termine che, contrariamente al passato, è diventato politicamente scorretto, avendo assunto un senso spregiativo.

<sup>3</sup> "Odio e amo. Forse chiederai come sia possibile; non so, ma è proprio così e mi tormento" è, tra le tante, la traduzione proposta da Salvatore Quasimodo nel 1973, nei "Canti" (Mondadori).



nemico ci simbolizzi a sua volta quali nemici. L'unica relazione possibile con il nemico è del tipo: mors tua, vita mea / mors mea, vita tua.

Pensiamo alle emozioni tramite le quali costruiamo la diversità dell'altro: le emozioni che attribuiamo alla diversità di genere, alla diversità generazionale, alla diversità di religione o di origine geografica, alla diversità di censo, di cultura, di aspetto fisico, di modi di fare, alla diversità nell'abbigliamento, nei modi di parlare, nelle opinioni politiche, economiche, sportive, musicali, letterarie. Potrei continuare a lungo. L'attrazione o il rifiuto, una volta negato un pensiero concernente queste due emozioni, possono evocare agiti i più differenti, giustificati dalla connotazione emozionale attribuita all'altro. "Sei così bella, che puoi dire ciò che vuoi!": ecco un'aggressione violenta nei confronti della donna, vissuta come attraente e deteriorata in ogni suo valore culturale o affettivo; una donna ridotta all'unica connotazione dell'essere attraente, senza alcun desiderio di dialogo, di relazione con lei. L'uomo si ritiene legittimato a negare o distruggere ogni possibile relazione con lei, in nome del suo sentirsi attratto e del voler possedere l'oggetto dell'attrazione.

L'insofferenza concerne la consapevolezza delle proprie emozioni e, al contempo, il rifiuto di una relazione con l'altro, fondata sul reciproco pensare emozioni. Chi è insopportabile deve mettere in atto agiti emozionali, escludenti ogni possibile relazione con l'altro. Agiti emozionali, è importante sottolinearlo, che non possono essere categorizzati entro dimensioni del tipo positivo/negativo, buono/cattivo, amore/odio, ma anche amico/nemico. L'agito emozionale si configura, sempre, entro l'area del possedere/distruggere l'altro. L'unica alternativa al binomio possedere/distruggere, ove la distruzione – dell'altro o di sé – è l'unico esito possibile dell'agito fondato sul possesso, l'unica alternativa, dicevo, è la relazione con l'altro. Là dove non si pongono le basi emozionali che rendano possibile la relazione, l'agito emozionale comporta la messa in atto della fantasia possedere/distruggere.

Poiché, d'altro canto, l'insofferenza è nella gran parte dei casi reciproca, l'agito emozionale – entro una relazione caratterizzata dall'insofferenza – si traduce in un conflitto insanabile.

Si può, quindi, affermare che l'insofferenza è l'emozione che fonda la gran parte – se non la totalità – dei conflitti sociali. Ma siamo legittimati ad affermare, anche, che il conflitto sociale sta sempre al posto di una relazione. La relazione, per essere possibile, implica l'accettazione reciproca della sofferenza associata al provare emozioni; l'accettazione della sofferenza che, senza alternative, consente un pensiero sulle emozioni e, quindi, la possibilità di una relazione con l'altro fondata sul pensare emozioni. L'insofferenza preclude ogni possibile accesso alla relazione e porta con sé, inevitabilmente, il conflitto.

### ***Clinica dell'insofferenza***

Esiste una cultura – diffusa in molti contesti sociali – che disincentiva o stigmatizza il provare emozioni: "quello si emoziona come una donniciola"; "le persone forti non cedono alle emozioni"; "se vuoi essere vincente, nessuna compassione" e via di questo passo.

Il maschilismo è intriso di inviti all'impassibilità. Quest'ultimo termine, d'altro canto, deriva dal latino *in* che sta per non e *passibilem* formato da *passus* participio passato di *patior*, *passus*, *patis* che – come già abbiamo visto – vale patire, nel senso di provare emozioni. Impassibile, quindi, è colui che non prova emozioni, che pretende di non provare emozioni, che si sottrae alla passività, quindi alla sofferenza del provare emozioni.

Clinicamente, d'altro canto, sappiamo che non è possibile non provare emozioni. L'impassibilità, quindi, è propria di colui che agisce le sue emozioni nella relazione con l'altro. L'impassibile, colui che non mostra emozioni nelle sue relazioni, è di fatto una persona definitivamente violenta.

La violenza comporta che, nella relazione, si veda solo l'altro; l'altro quale nemico da attaccare o dal quale difendersi. Entro la relazione violenta non c'è cosa terza (Carli, 2020) sulla quale convenire, da condividere e da sviluppare grazie alla relazione. Se non si pensano emozioni, se non si accetta di provare emozioni e non ci si occupa delle emozioni che si provano, si è continuamente in guerra, in guerra con l'altro. Ma quando si è in guerra, il mondo relazionale si semplifica entro la drastica dicotomia amico/nemico. L'esperienza relazionale, in questo senso, si suddivide in due evenienze contrapposte: si appartiene al gruppo degli amici e si combatte contro il gruppo dei nemici. L'appartenenza non si basa su elementi pensati o su obiettivi condivisi, è molto più povera e reificata: si appartiene al gruppo "che tifa per la Lazio", si appartiene a "quelli del Tufello", si appartiene a "quelli del baretto", si appartiene per non sentirsi soli e abbandonati, sfigati, senza amici, senza nessuno che ti dia importanza, che provi piacere nello stare con te. Ma l'appartenenza ha senso solo se c'è il nemico con il quale misurarsi; si appartiene al gruppo dei tifosi della Lazio in quanto c'è il gruppo dei tifosi

della Roma; l'appartenenza fine a se stessa, senza cosa terza da condividere, conoscere e sviluppare, ha quale unico obiettivo quello di militarizzare la violenza contro l'altro, contro il nemico. Un nemico per il quale si prova insofferenza. Sempre.

C'è una serie televisiva anglo-americana dal titolo "Strike back", che in Italia è trasmessa con il significativo sottotitolo: "senza regole". Strike back, tradotto, significa: rivalersi, reagire, rispondere aggressivamente. Si narrano le vicende di un'organizzazione di forze speciali, la "Sezione 20" dei servizi segreti militari britannici. Vicende ove i "buoni" si confrontano, combattendoli, con la più variegata congerie di "cattivi", dai terroristi islamici alla mafia russa, dai trafficanti d'armi ai signori della droga, dai servizi russi o nord coreani ai cyber-terroristi, ai guerriglieri ceceni, pakistani, nigeriani, somali, kosovari, ai mercenari di tutte le parti del mondo "ostile". Siamo all'ottava stagione di questa serie televisiva, una serie di successo in quanto ad ascolti, ove le vicende rappresentate – nelle ottanta puntate di un'ora e mezza ciascuna – si riducono a tre grandi categorie: il confronto a fuoco con i nemici, gli inseguimenti, le fughe disperate e le continue deflagrazioni, gli incendi, lo scoppio di bombe distruttive; la sessualità agita "selvaggiamente", senza alcuna emozione reciproca; le scene di tortura o di violenza sul corpo dell'altro.

Si tratta di una "fiction", evidentemente, che peraltro ben aiuta a comprendere la cultura che origina dall'insofferenza, dal non pensare emozioni. Il modello culturale, sotteso alla serie televisiva in questione, è quello dell'obbedienza senza discussione agli ordini distruttivi, dell'azione violenta senza recriminazione in quanto si è dalla parte dei "buoni" e si vive per combattere e sconfiggere il male. Bene e male come unica, onnipresente, implicante, contagiosa e alienante modalità di categorizzazione, non pensata, della realtà contestuale.

L'associazione per bande, le organizzazioni criminali o malavitose, le appartenenze non pensate a gruppi dediti alla violenza di tutti i tipi, le associazioni dedite alla corruzione, alla conquista del potere politico, economico, culturale, religioso: moltissime sono le esperienze "sociali" volte a mettere in atto relazioni agite nei confronti del contesto.

Quanto intendo affermare è che l'insofferenza, in quanto rifiuto della propria esperienza emozionale e di un pensiero sulle emozioni, si configura come emozione necessariamente agita, entro un ambito di relazioni sociali e culturali. Nei confronti dell'insofferenza esiste sempre una giustificazione culturale, un'approvazione da parte di gruppi sociali collusivamente organizzati attorno a specifici aspetti dell'insofferenza stessa. Spesso l'accettazione delle proprie emozioni, l'attenzione alla propria vita emozionale, la ricerca di sollecitazioni emozionali pensate nella musica, nella poesia, nella pittura, nella scultura, nell'arte più in generale, tutto questo viene descritto quale segno di debolezza, di passività perversa, di rinuncia all'affermazione di sé, delle proprie idee, delle proprie convinzioni, del proprio desiderio di successo, di notorietà, di popolarità.

Molti problemi di convivenza, molte difficoltà di relazione, molte situazioni d'ansietà, di paura, di disadattamento sono dovute al conflitto tra una propensione al pensare emozioni e l'appartenenza a culture che predicano e impongono l'insofferenza.

L'insofferenza si propone – spesso – quale rifiuto a pensare, in relazioni che non possono essere vissute senza un pensare emozioni: insofferenza per le "donne"; insofferenza per i "migranti", insofferenza per gli "islamici", insofferenza per le "persone di colore", insofferenza per "quelli di sinistra" o per "quelli di destra", insofferenza per "i giovani", insofferenza per i "vecchi", insofferenza per i "genitori" o per i "figli", insofferenza per i "meridionali" o per i "veneti". Si potrebbe continuare a lungo nell'elencare modalità di risposta insofferente alla relazione con aspetti del contesto che pongono problemi di rapporto, elaborabili solo pensando alle emozioni evocate.

Nell'ambito delle scienze umane, ma più in generale nell'ambito "scientifico" si rileva da più parti una sorta di endemica insofferenza per la soggettività, vale a dire per la mente che prova emozioni ed è capace di pensarle. La cultura "evidence based", sempre più diffusamente, predica insofferenza per tutto ciò che fa riferimento al provare emozioni, quindi agli aspetti necessariamente relazionali della mente.

Si pensi, è solo un esempio, alle inferenze "insofferenti" che molti traggono dal costrutto neurologico dei neuroni specchio. Tra tutti, David Freedberg in un'intervista a Domenica Bruni (2011):

Quando osserviamo gli altri capiamo non solo cosa fanno, ma anche cosa hanno intenzione di fare. Attribuire intenzioni semplici consisterebbe nel predire lo scopo di un imminente atto motorio. Secondo questa visione, la comprensione di azioni e la conseguente attribuzione d'intenzioni sarebbero fenomeni tra loro collegati, retti dal medesimo meccanismo funzionale, che il neuroscienziato Vittorio Gallese definisce "simulazione incarnata". Esso include le emozioni, le azioni e le sensazioni corporee. Si tratta di un meccanismo universale e non necessita, per

essere attivato, di alcuna pratica introspettiva. È una riproduzione preriflessiva e inconsapevole degli stati mentali di chi ci sta di fronte. Questi studi hanno contribuito tantissimo alla comprensione del fenomeno dell'empatia (p. 86).

Gli "adoratori" delle neuroscienze pensano di disfarsi della soggettività (Carli, 2019), dell'introspezione, del pensiero sulle emozioni e delle culture entro le quali queste funzioni mentali si dispiegano; ritengono che automatismi "universali", indipendenti dalle culture contestuali, presiedano alle relazioni sociali e ne organizzino il funzionamento sulla base di processi di simulazione.

C'è una profonda differenza tra il pensare alle emozioni evocate dalla relazione con il contesto e il "risolvere" i problemi esistenziali, spesso coincidenti con il rifiuto per le proprie emozioni.

Si pensi, è solo un esempio, all'emozione "impotenza", evocata spesso nella nostra interazione con le vicende contestuali e alle possibili reazioni al vissuto d'impotenza: la rabbia da un lato e l'angoscia depressiva dall'altro. Il vissuto di impotenza insorge, sistematicamente, nel caso in cui non si accettino "i limiti" del proprio stare al mondo, i limiti nella capacità di influenzare le proprie relazioni con il contesto. Rabbia e angoscia depressiva, quando ci si rifiuta di pensare alla propria impotenza e al senso di un'emozione che insorge quale sconfirma alla pretesa onnipotente, si propongono quali agiti devastanti, volti a negare ogni limite al proprio potere di conoscere, di capire, di stare nella realtà.

Il rifiuto ostile per la soggettività, quindi per la comprensione dei limiti che segnano la nostra esperienza, comporta il diffondersi della rabbia nei confronti di ogni espressione emozionale capace di fondare, rendere possibili le relazioni in un dato contesto e in un preciso momento storico.

La rabbia nei confronti dei limiti di un essere umano segnato storicamente – nel proprio tempo e nel proprio spazio contestuale – motiva alla ricerca di leggi universali che riducano la storicità delle relazioni e delle emozioni ad esse correlate a fenomeni automatici, indipendenti da ogni soggettività e quindi da ogni consapevolezza emozionale. Decretando, in tal modo, la morte della psicologia clinica e della psicoanalisi.

Ma torniamo alla clinica. L'insofferenza è spesso il motivo per cui alcune persone si rivolgono allo psicoanalista. Preoccupate dei conflitti che l'insofferenza per gli "altri" provoca, insistentemente, nella loro esistenza. Insofferenza per gli altri. È questo un tema interessante dal punto di vista clinico. Insofferenza per gli altri vuol dire che si provano emozioni di rifiuto, di critica, di rabbia, d'odio, di rimprovero, di disapprovazione, di nullificazione irrilevante nei confronti degli "altri da sé", convinti che le emozioni d'insofferenza siano provocate dall'altro, dalle sue caratteristiche, dal suo comportamento, dai suoi modi di fare o di pensare. È "colpa" dell'altro se proviamo insofferenza per lui; i conflitti che seguono alla condanna insofferente per queste persone, d'altro canto, possono creare difficili problemi di convivenza. Si pensi, ad esempio, all'insofferenza che può caratterizzare la relazione all'interno di una coppia: spesso si dichiara di "non poterne più" del compagno o della compagna, per i motivi i più diversi. L'attribuire all'altro i motivi della propria insofferenza comporta agiti conflittuali spesso irrisolvibili, litigi violenti, accuse reciproche, un rifiuto dell'altro che può causare rotture della relazione, separazioni, litigi senza fine. L'insofferenza impedisce di guardare al senso delle proprie emozioni e di cogliere, nella relazione, l'origine delle emozioni stesse. L'insofferenza, il rifiuto della sofferenza emozionale, mette sotto accusa l'altro, esclude una analisi della relazione e nega ogni categoria capace di analizzare la relazione; ogni problema viene attribuito all'individuo e alle sue caratteristiche specificamente "individuali", concernenti il suo atteggiamento, il suo comportamento. Nella fase iniziale del lavoro clinico possiamo essere indotti ad ascoltare lunghe, irrefrenabili lamentele e invettive nei confronti del compagno o della compagna, del figlio, del datore di lavoro, di uno dei genitori o di entrambi, del vicino di casa, dello psicoterapeuta con il quale si è lavorato in precedenza. Ci si propone una sorta di full immersion entro le invettive lamentose dell'insofferenza. Cogliendo che la stessa insofferenza può rivolgersi contro di noi psicoterapisti, se non assecondiamo lo sfogo emozionale al quale siamo invitati e costretti ad assistere.

L'insofferenza si propone quale rifiuto di cogliere la relazione e di accettare che le nostre emozioni servono a costruire l'"altro", entro la relazione. Pensare emozioni, quindi, significa utilizzare categorie per conoscere quali caratteristiche, quali connotazioni della relazione utilizziamo come pretesto per provare emozioni e per simbolizzare l'altro emozionalmente.

## ***Conclusioni***

Spesso utilizziamo l'essere insofferenti per connotare l'atteggiamento che una persona assume nei confronti di elementi del suo contesto: "Giovanni è insofferente nei confronti dei bambini", "Antonio è insofferente delle critiche che gli si possono rivolgere", "Giulia è insofferente nei confronti di chi non ama il teatro" e così via. Seguendo l'ipotesi interpretativa dell'insofferenza qui proposta, d'altro canto, si è insofferenti solo nei confronti del proprio provare emozioni: quelle emozioni evocate dai bambini, da chi ti critica, da chi mette in dubbio o contesta il tuo amore per il teatro. Più in generale, l'insofferenza è il sintomo della difficoltà ad accettare che, con le nostre emozioni, noi costruiamo gli oggetti delle nostre relazioni e che – pensando emozioni – noi possiamo riconoscere la nostra propensione ad agire emozionalmente, implicando l'altro entro dinamiche conflittuali che solo il pensare emozioni potrebbe evitare, istituendo la comunicazione relazionale al posto dell'agito conflittuale.

### *Bibliografia*

- Bruni, D. (2011). Intervista a David Freedberg [Interview with David Freedberg]. *FOR Rivista per la formazione, Tendenze pratiche, strumenti*, 87, 81-86.
- Carli, R. (2019). Vissuti e fatti: Scientificità e scientismo in psicologia clinica [Experiences and facts. Scientificity and scientism in clinical psychology]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 28-60. doi:10.14645/RPC.2019.1.756
- Carli, R. (2020). *Vedere, leggere, pensare emozioni: Pagine di psicoanalisi* [Seeing, reading, thinking emotions. Psychoanalysis pages]. Milano: Franco Angeli.
- Fitzgerald, J.T. (Ed.). (2008). *Passions and moral progress in greco-roman thought*. London: Routledge.