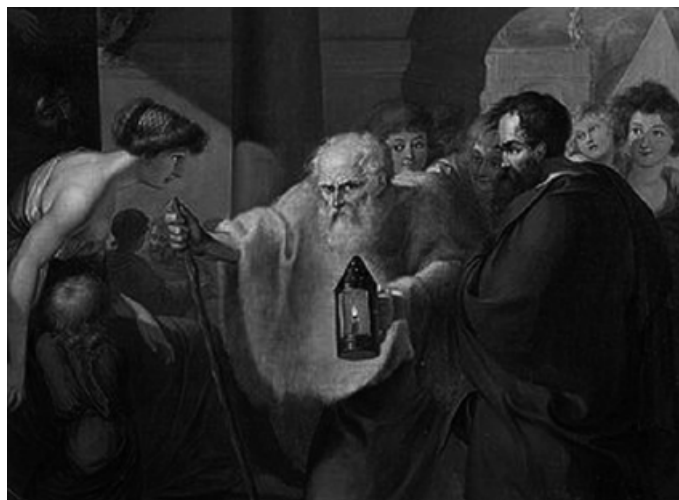


25 anni de “L’altro”: una comunità di Maestri e di Amici



E' questo il cinquantesimo numero della nostra rivista. Il numero 0 fu stampato nel 1998. In esso figuravano l'editoriale di Leonardo Ancona e la mia presentazione, oltre ai lavori di Bruno Callieri, Gaspare Vella e di altri colleghi. Si proponeva fin dall'inizio come una rivista *Altra*, che svolgesse, nello scenario della letteratura psichiatrica, una funzione di stimolo ed al contempo di critica costruttiva. Nello stesso suo titolo s'intendeva significare il principio unitario d'ispirazione e l'apertura più ampia alla condizione dell'Uomo, che deve restare sempre al centro dell'attenzione di una Psichiatria intesa come scienza di confine tra quelle naturali ed umane, a dimensione poliedrica. Le sue tante voci, ognuna rispettosa dell'altra, devono saper dialogare tra loro in un orizzonte interculturale, libere e forti nel rifiuto di deformazioni ideologiche e di asservimenti a poteri autoritari. Con questo progetto la nostra rivista è divenuta patrimonio comune di tutti i suoi autori e lettori, ospitando nelle sue pagine oltre cinquecento lavori nel corso degli ultimi 25 anni. Essi non si sono limitati a dare voce alle varie anime della Psichiatria, della Psicologia e delle Neuroscienze, ma hanno trasmesso lezioni di pensiero e di vita di tanti Maestri, anche di quelli che continuano a vivere in noi con l'insegnamento e le opere. Le loro pubblicazioni non erano interessate all'impact factor, bensì a dare vitalità e cultura alla nostra disciplina rafforzandone identità e mission.

Altro merito di questa rivista, non ultimo in ordine di importanza: il costituirsi nel tempo di una comunità di veri amici i quali, pur distanti geograficamente, restano sempre molto vicini nella condivisione di riferimenti ideali,

fra i quali è principale la visione di una psichiatria al servizio dell'uomo e della società. Molto attivi nelle loro produzioni scientifiche e culturali, mi inviano doni che ritengo preziosi: i loro libri. Tra i più recenti quelli di Piero Benassi, Silvio Fasullo, Eugenio Borgna e Giorgio Magnani, di cui si riportano le recensioni in questo numero.

Qualche riflessione, per la straordinaria attualità del tema, sulla monografia di Piero Benassi: “*Violenze, aggressioni e disturbi mentali. Realtà e prospettive*”

Lo sguardo dello studioso e del clinico è rivolto all'inquietata società contemporanea, incattivita e violenta, come dimostra il dilagare di varie forme di aggressività con una lunga e ininterrotta serie di avvenimenti tragici, drammi familiari, escalation di omicidi e femminicidi. Quali spiegazioni a tali avvenimenti? Può lo psichiatra dare una risposta? Piero Benassi presenta, con le risorse della sua grande cultura psichiatrica, la varietà dei meccanismi patogenetici considerabili. Approfondisce anche la problematica di un'ampia zona grigia di immaturità caratteriali, disturbi antisociali, narcisismi (nelle forme peggiori) e dipendenze, che risultano spesso sullo sfondo di tanta violenza. Con il suo impegno professionale e civile rivolto alla condizione umana ed ai problemi sociali, dimostra come la psichiatria possa svolgere un ruolo importante nella società contemporanea. Lo può fare non solo individuando e curando le manifestazioni psicopatologiche di sua competenza, ma anche proponendo *nuove prospettive di azione sociale*. Ma per farlo bisogna conoscere meglio la società in cui viviamo, anche al di fuori degli schemi teorici della psicopatologia, addentrandoci negli ambigui

territori della cosiddetta normalità.

Di recente il Censis, con il suo 56° rapporto sulla situazione sociale del Paese, ha definito “malinconica” la società italiana con “inceppamento dei suoi meccanismi proiettivi”. Questi rapporti manifestano i loro limiti quando non si affrontano le radici più profonde di maleseri sociali già da tempo radicati.

Nel dicembre 1994 organizzammo con i colleghi Alda Santalucia ed Angelo Torre un convegno, nella Sala della Ragione di Anagni su “*Angoscia sociale e disagio giovanile. Il seme violento della sofferenza degli anni '90*”. In quegli anni si poteva rilevare come la nostra apparisse fin da allora una società che registrava la “morte del padre”, inteso come fonte etica a trasmissione transgenerazionale, riferimento di doveri sociali introiettati in una dimensione superegoica.

Quella attuale ha acuito le difficoltà nel superare fattori di crisi e questi ultimi sono palesemente aumentati. Scrive Piero Benassi: “Il così detto super Io è stato sostituito dal bisogno di apparire, di essere ammirato, di ottenere benessere e valore, in una parola di aumentare il proprio narcisismo”.

Condividendo pienamente queste riflessioni, dobbiamo constatare che purtroppo l'*evoluzione* di questa nostra società è pericolosamente *narcisistica* con tutte le sue inevitabili “ferite”, con pretese di diritti banali, tanti problemi di degrado e di cattivo esempio nella vita pubblica e privata. Si registra una *tendenza edonistica di basso profilo* in cui il desiderio è sostituito dal bisogno di soddisfacimento immediato di attimi di effervescenza emozionale, di evasione, di sensazioni forti che non tengono conto delle possibili conseguenze sull'altro, consumate nel vuoto delle relazioni, vuoto spesso surrogato dalla loro “messa in rete”. Lo stesso bisogno di stare insieme tra giovani si consuma spesso con un bicchiere o una bottiglia in mano, nei luoghi della movida o in macchina fino all'alba, tramite riti di sbiadita socialità e confuso senso di amicizia, come quello veicolato dai social, che si riduce a facile abordaggio, approccio consumato nell'esteriorità, nell'apparenza e nei riti esibizionistici, senza intimizzazione di relazioni e valori.

Viviamo in un *contesto sociale che tende ad alienarsi e disumanizzarsi*, in cui si registra una regressione dei valori dell'alterità con nuovi “alieni”, mostri di un mondo diverso che conservano poco di umano. Hanno spesso una voglia demoniaca di potere, che si manifesta in varie forme di sopraffazione senza scrupoli e di prevalenza sugli altri senza meriti. Molti di questi vogliono apparire vincenti anche se sono soltanto prepotenti, cialtroni, corrotti o raccomandati. Spesso trovano followers ed emulatores che contribuiscono a diseducare ed involgarire il contesto mediatico e sociale. Esaltati nel loro ruolo, in base a livelli di visibilità, consenso e profitto, sono capaci anche di filmarsi con gli smartphone durante il compimento di stupri ed omicidi. Esiste un mercato redditizio

per il cosiddetto sesso estremo. In questi scenari di depravazione e violenza inaudita emerge forte la presenza del “Male”, che è anche disumanità. Nella reificazione e distruzione dell'altro la malvagità umana non deve essere confusa con le psicopatie.

La responsabilità di atti criminali non può essere attenuata da categorie diagnostiche relative a particolari profili di personalità facilmente invocabili e manipolabili in psichiatria forense. Spesso l'“ansia nosografica” degli psichiatri nordamericani, facilmente emulata dai nostri, fa coniare anche denominazioni diagnostiche di equivoca interpretazione, come quelle degli “psicopatici dissociati” di cui sono pieni i gruppi criminali. In tali casi è lecito parlare di “patologia” piuttosto che di degrado sociale od altro? Non sottovalutiamo il peso delle parole. Non dobbiamo psichiatrizzare il male e le sue forme più efferate, soltanto perché non appartengono al nostro comune sentire.

Pur tenendo conto che mutano le sensibilità, le realtà di aggregazione sociale e gli stili comportamentali, è inquietante percepire un diffuso arretramento dei livelli culturali della popolazione, in contrasto con il maggiore conseguimento di facili titoli di studio.

Ciò facilita forme di pericolosa *omologazione*, di *abbruttimento* e *manipolazione*.

Tra i giovani è più frequente l'aggregazione in gruppi che cercano lo scontro violento con prede spesso scelte a caso. Sullo sfondo anche la *crisi della scuola*, per la quale di recente si è discusso se era lecito parlare di “merito”. Ci ricorda Piero Benassi, nella sua recente monografia: “la scuola senza qualità è una macchina che genera disuguaglianze. Ricevere un'ottima istruzione ha sempre rappresentato un tesoro accumulato di cultura, mentre il rilascio più o meno facile di attestati soddisfa al momento ma non garantisce certo il futuro. Scambiare l'apprendimento con la prestazione o carriera rende difficile agli insegnanti di essere maestri di umanità, di conoscenza, di guida al pensiero critico-innovativo e rischia quindi di renderli dei funzionari burocratici, ripetitori di programmi e giudici di performance”.

Di burocrati dei diritti ne abbiamo già fin troppi nella nostra società. Occorre una nuova sensibilità ai *doveri della cittadinanza*. Già nel 1943 Simone Weil, poco prima di morire, a 33 anni in Inghilterra, aveva scritto l'ultima sua opera: *Il radicamento. Preludio ad una dichiarazione dei doveri verso l'essere umano* (Editore Gallimard). Avveniva circa un anno prima che fosse firmata, il 10-12-1948, la *Dichiarazione universale dei Diritti dell'uomo*. La filosofa francese metteva in guardia che *non sui diritti ma sui doveri* si dovesse edificare il *rispetto dell'essere umano*. Tra l'affermazione che ogni essere umano abbia *diritto* a rispetto e libertà e quella per cui ogni essere umano ha il *dovere* di rispettare l'altro, la sua dignità e libertà, c'è uno scarto radicale, ontologico. Da un lato c'è la pretesa a fondare il “mio” diritto, dall'altro c'è l'ob-

bligo, il legame verso la persona a radicarlo. L'unico grande spirito dei nostri tempi, così la definì Albert Camus, precisava: "C'è obbligo verso ogni essere umano per il solo fatto che è essere umano. Un diritto non è efficace di per sé, ma solo attraverso l'obbligo cui esso corrisponde".

In una società che deve riscoprire i suoi doveri di cittadinanza, esistono anche i doveri di professioni come la nostra. Nel loro quotidiano lavoro gli psichiatri non possono limitarsi a procedure standardizzate di diagnosi e cure, spesso semplicemente sintomatiche. Devono saper comprendere il substrato del malessere, delle inquietudini e sofferenze degli individui e della società in cui vivono. Non possono essere cacciatori di caselle diagnostiche ma attenti osservatori di sofferenze umane. Diversamente non sono evitabili involuzioni "agoniche" della psichiatria, tanto più pericolose quanto più essa tende a dissociarsi dall'impegno attivo nella riduzione di fattori patogeni sociali.

Piuttosto che rincorrere etichette nosologiche, creandone talora di nuove, con la pretesa di mostrarsi scopritori di nuove dimensioni psicopatologiche, riscopriamo i valori della nostra storia e la dignità della nostra professione. Ricordiamoci della *dignità inalienabile della coscienza e del primato della verità sul potere* con la forza dell'esempio di Tommaso Moro.

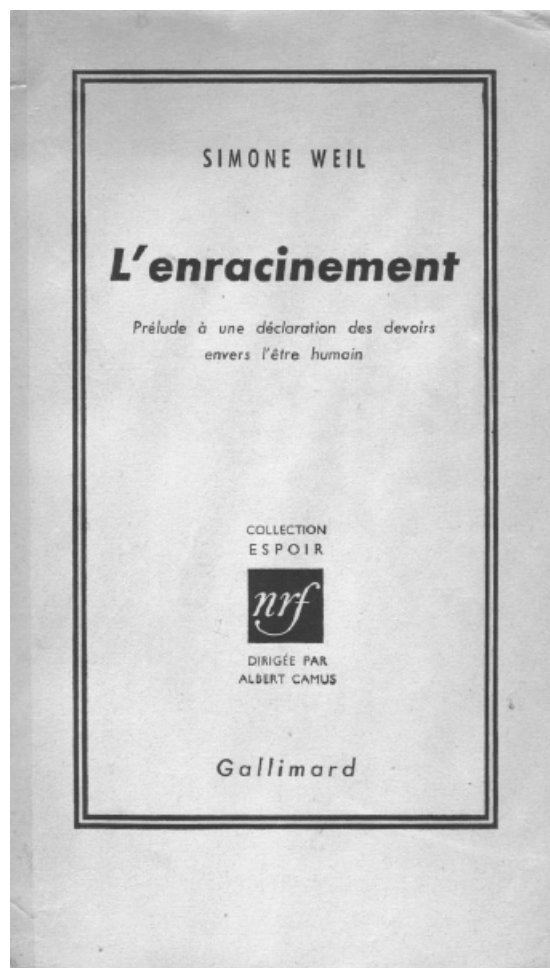
La nostra cultura non deve essere quella "parassitaria e servile che non è mai uscita dai suoi circuiti accademici" (così ne parlava Gian Antonio Stella il 19-12-2003 sul Corriere della Sera) bensì una *cultura di libertà* a cominciare da quella delle persone delle quali ci prendiamo cura, le cui malattie limitano la loro libertà.

Ce lo ricorda l'amico Luciano Bonuzzi nel suo lavoro, riportato di seguito in questo numero, su Henri Ey. Questo grande psichiatra francese definiva il campo della psichiatria come quello della patologia della libertà. Contestando le anti-psichiatrie, allora di moda, precisava che esse erano giustificabili solo in quanto contestavano le cattive pratiche psichiatriche e non quando assumevano toni ideologici non condivisibili. Peraltro i toni ideologici sono spesso funzionali ad esercizi di potere e non di libertà poiché i loro contenuti sono dogmatici. Nella società lo psichiatra può svolgere anche la *funzione dell'educatore e dell'intellettuale* intendendo tale funzione come la definiva Carlo Levi nella sua opera del 1956 *Il dovere dei tempi*: "La funzione dell'intellettuale sarà soprattutto di esprimere il senso dell'interdipendenza di un mondo fatto di infiniti e complessi legami, nel quale la libertà anche di un solo uomo è un valore per tutti".

Ma oltre a confrontarci con le istanze di dignità e libertà nel nostro quotidiano lavoro incontriamo spesso anche il *dolore e l'esperienza della perdita*. Su questa tematica tenne la sua lezione di commiato dall'insegnamento all'Università di Palermo l'amico carissimo Silvio Fasullo, di cui apprezziamo molto "l'irresistibile, luminosa forza della vita, della curiosità, del pensiero, dell'intelligenza"

che dimostra lui stesso in tutte le sue opere, tra le quali segnaliamo la più recente *Tra il desiderio di conoscere dell'uomo e l'incommensurabilità del mondo*.

Prosegue così, con lui e gli altri amici che danno vita alla nostra rivista, quel "dialogo infinito che continua anche quando non ci si vede, non ci si parla, non ci si incontra" (Eugenio Borgna).





XXIII Annual meeting S.I.F.I.P.

Società Italiana per la Formazione in Psichiatria

in collaborazione con

A.R.F.N. onlus (Ass. Ricerca e Formazione in Neuroscienze) Presidente C.S. : Salvatore Merra

SIDEP (Soc. Italiana Deontologia ed Etica in Psichiatria) Presidente : Sergio Tartaglione

La psichiatria tra sviluppo e progresso in una società in crisi

Evento RES - 23 crediti ECM

Castel di Sangro (AQ) 3-5 aprile 2023

Segreteria scientifica: S.F.I.I.P. – Via dell'Umiltà, 49 - Roma

Segreteria organizzativa: A.R.F.N. onlus - Cell. 3334524981 - 0775855051

Presentazione

Sono indubbi gli sviluppi inerenti alle conoscenze scientifiche, alle risorse organizzative e alle competenze cliniche nell'ambito della psichiatria. Ma questi comportano sempre progresso? Dipende dai "modi" in cui conoscenze e risorse vengono utilizzate nella relazione di cura e dall'attenzione responsabile alle dinamiche e alle emergenze continue di una società in profonda crisi, come quella contemporanea, caratterizzata da incremento di violenze narcisistiche, di varie forme di dipendenza patologica e di reazioni abnormi con gravi acting out. Nuove competenze si impongono agli operatori della salute mentale, che devono intervenire in contesti individuali e sociali problematici e più complessi, talora inediti. In una società più inquieta e confusa i luoghi della relazione di cura possono essere aperti anche alla promozione di cultura e civiltà per un nuovo umanesimo sociale. Secondo logiche di razionalità plurale e antitotalizzante, che rifiutano muri ideologici, è necessario e urgente rilanciare i valori della nostra identità professionale, la cui fondazione è nell'etica dell'alterità e nell'orizzonte interculturale. La S.I.F.I.P., con le sue iniziative editoriali e formative, continua a testimoniare questi valori fondativi in un dialogo aperto e con un pensiero libero e attento alle criticità sociali.

L'immagine riportata sul programma è quella della scultura in bronzo di Gerhard Marcks installata nel maggio 1989 sulla strada XVII giugno di Berlino. Essa è rivolta verso est ed invoca, urlando, la pace. Sono incise sul suo piedistallo parole tratte dal Canzoniere di Francesco Petrarca "l'vo gridando: pace, pace, pace". L'appello alla libertà e alla giustizia fu ascoltato: sei mesi dopo cadde il muro di Berlino. Quanti altri muri devono cadere ancora?



Der Rufer – Gerhard Marcks – Berlino
"l'vo gridando: pace, pace, pace" –
Francesco Petrarca

PROGRAMMA SCIENTIFICO

3 APRILE 2023

h. 14.30 - Presentazione e introduzione ai lavori – *S. Merra, S. Tartaglione*

h. 15.00 – 20.00 - **Evoluzione di identità, responsabilità e modelli in una società in crisi**

- "Evoluzione degli scenari della violenza quotidiana: femmicidi ed altre forme di disumanizzazione sociale" - *F. Valeriani*
- "La responsabilità terapeutica nel tempo del naufragio del 'Noi' " – *A. Scala*
- "La cognizione del dolore e la sua evoluzione in psicopatologia" – *F.M. Ferro*
- "L'iperscanning nelle dinamiche di interconnettività relazionale" – *M. De Vanna*
- "Modello di gestione dualità nei servizi salute mentale e dipendenze patologiche" *V. Pasqualoni*

4 APRILE 2023

h. 08.30 – 10.30 - **Catastrofi mentali del nostro tempo**

- "La follia della guerra. Il suicidio dell'Europa" – *S. Merra*
- "Lezione da non dimenticare: uno studio sulle conseguenze fisiche e psicopatologiche in una popolazione di rifugiati durante la guerra in ex Jugoslavia" *G. Valeriani*
- "La catastrofe mentale: psicodinamica nelle società contemporanee" – *M. Alessandrini*
- "Disturbo Dissociativo dell'identità: dialogo tra le parti" – *M. Conte – G. Magliozzi, G. Gallo*

h. 10.30 – 13.30 - **Simposio**

Possessioni demoniache tra psicopatologia e crisi spirituale

Interventi di: *M. De Vanna, F.M. Ferro, M. Alessandrini, M. Conte, F. Valeriani*

h. 15.00 – 20.00 - **Nuove strategie terapeutiche nei disturbi d'ansia e dell'umore**

- "I molteplici volti dell'ansia negli stati depressivi" – *M. Conte, C. Pancheri, F. Nazzaro*
- "Depressione mista: riflessioni diagnostiche e terapeutiche" – *A. Tundo*

- "Terapie innovative del DOC" – *D. Marazziti*
- "Depressione bipolare: vecchi e nuovi paradigmi di trattamento" – *M. Mauri*
- "Bisogni insoddisfatti e nuove opzioni terapeutiche nella Depressione Maggiore" *S. La Pia*
- "Resistenza e refrattarietà al trattamento antidepressivo: la questione isteria" *F. Garonna, G. Seno*
- "Esketamina spray nel trattamento delle depressioni resistenti: un'esperienza infermieristica" – *S. Stradiotto, S. Boscarato, A. Callegarin*

5 APRILE 2023

h. 08.30 – 10.30 - **La prospettiva delle neuroscienze nei disturbi psichiatrici.**

- Recenti acquisizioni della ricerca - *R. Businaro*
- Traslazione nella gestione clinica – *P. Tripepi*

h. 10.30 – 13.30 - **Simposio SIDEP –**

Futuro Etico delle Strutture Residenziali Psichiatriche (SRP)

- "Pensare il futuro delle Residenze Psichiatriche" – *Sandra Fascia e Presidenti di SRP*
- "Psicoterapeuti online nei contesti riabilitativi" – *Ciro Ascione, Psicologi e TRP di SRP*
- "Con-vivere in SRP: il Galateo istituzionale" – *Antonella Senerchia e Infermieri di SRP*
- "Nuovi percorsi formativi e professionali" – *Stefania Cea, Assistenti Sociali e Sociologa di SRP*
- "Arte del fare l'operatore ed essere persona in SRP" – *Giuseppe Di Benedetto e Operatori di SRP*
- "Le domande di Paul Gauguin" – *Luigi Shaheen e Pazienti di SRP*

h. 15.00 – 17.00

• Realtà e prospettive di una rete integrata dei servizi per la salute mentale

• "La questione etica e formativa in psichiatria: progressi possibili?" – *F. Valeriani*

h. 17.00 – 18.00

Conclusioni e somministrazione del questionario Ecm

Siamo lieti e onorati di riportare in questa nostra rivista la
 “Lezione di congedo” di un Maestro della Psichiatria, protagonista della sua vera cultura.
 F.V.

Il dolore e l’esperienza della perdita

(...) “so lebenwir und nehmenimmerAbschied”
 Così noi viviamo e prendiamo sempre congedo.
 Rilke, *Elegie Duinesi*, ottava, v. 75

Agli allievi e ai miei pazienti:
 stimolo per me costante alla riflessione e allo studio.

Colleghi tutti, specializzandi e studenti

Vorrei prendere commiato dall’insegnamento universitario (tenuto per quarant’anni) con questa ultima lezione: il dolore e l’esperienza della perdita.



V. Van Gogh, “Dolore”

Il dolore fa parte di quelle esperienze significative e inevitabili, che ciascuno di noi fa nella vita. Come dice un verso (v. 153) della “Elettra” di *Sofocle* – è il coro che parla – “Non a te sola fra gli uomini, è apparso il dolore”. Gli dèi stabilirono questo per gli uomini: vivere nel dolore” – ‘Iliade’, libro 24, vv. 518 s. “Dove c’è umanità c’è dolore ma non è il fine dell’uomo essere solo dolore” – *Giorgio Seferis*, “Un vecchio sulla via del fiume”, in “Giornale di bordo”, II, 1942.

“Il dolore è sempre in agguato. Fa parte del tessuto stesso della vita. È sempre sulla soglia. L’ amore impreziosisce i ricordi, e la vita; il dolore che ci aspetta è proporzionale

a quell’amore, e inevitabile”.-V.S. Naipaul, “Dolore”, Adelphi, 2021 p.18.

“La vita cambia in fretta/ La vita cambia./ Una sera ti metti a tavola e la vita che conoscevi è finita” – *Joan Didion*, “L’anno del pensiero magico”, il Saggiatore ed. 2005 – p.I.

Tutto può capitare in un istante: la sorpresa, l’inatteso, il temuto: quello che progettiamo, e che pensiamo di tenere sotto controllo, può sempre capovolgersi e travolgerci. Il mondo d’un tratto volge, muta colore.

Quando parliamo di dolore dobbiamo distinguere il dolore fisico da quello psichico. I dolori psichici sono più devastatori dei dolori del corpo: questi ultimi sono *adesso* (e prima o poi passeranno o altrimenti si muore); i dolori psichici soffrono *adesso*, soffrono del *passato* e soffrono del *futuro*. “I momenti di estremo dolore sono permanenti/ hanno la permanenza del tempo” scrive *T.S. Eliot* in “The Dry Salvages” dai “Quattro Quartetti” –Il tempo, vv. 52-54.

Montale (da “Satura”, vv. 1-2 dopo la morte della moglie, “Ho sceso, dandoti il braccio, almeno un milione di scale/ e ora che non ci sei è il vuoto ad ogni gradino...”); *Ungaretti* (da “Un grido e paesaggi – in “Vita d’un uomo”) dopo la morte del figlio “...Nove anni, chiuso cerchio./ Nove anni cui né giorni né minuti/ mai più si aggiungeranno:/ in essi si alimenta/ l’unico fuoco della mia speranza...” – in “Gridasti: soffoco”, vv. 15-20.

I fenomeni-eventi correlabili col dolore psichico possono riguardare la fragilità del corpo (mancanza della salute, di parti del corpo...), la violenza “innocente” della natura (avvenimenti catastrofici comprensivi dell’attuale pandemia da coronavirus, con le relative risonanze dolorose/emozionali) e quella inflitta dagli uomini ad altri uomini (*Primo Levi*, “Se questo è un uomo”; *Paul Celan*, “Salmo” da “La rosa di nessuno”: “Nessuno c’impasta di nuovo, da terra e fango,/ Nessuno insuffla la vita alla nostra polvere.”; “il male di vivere” a cui alludono il *Montale* di “Ossi di seppia”, *Moravia* (“Gli indifferenti”), *Gadda* (“La cognizione del dolore”); “la perduta evidenza di esistere, quale si produce a seguito di una rottura inte-

riore: lutto, separazione... (David Le Breton, "Esperienza del dolore" – Cortina ed. 2014, p. XXIII).

Il mio scritto sottolinea il fenomeno-evento del lutto – essendo il sentimento della perdita (delle persone care – ma anche dei beni, degli oggetti, del potere, del territorio...) la congiunzione più costante col dolore psichico.

Il dolore del lutto accompagna l'uomo in ogni fase di età, e di volta in volta assume il volto della sofferenza, della colpa, dell'abbandono¹, dell'angoscia, dello strazio ("Ecuba" di Euripide, v.1256), della rassegnazione, dell'"intimo raccoglimento" (Heidegger, cit. in S. Natoli, "L'esperienza del dolore" – Feltrinelli 2006, p.36).

Quando "il dolore si stringe a noi crudelmente" (... "pain/clings cruelly to us" – John Keats, "Endimione" – libro primo, vv. 906-907): o si cade nella "disperazione calma" (G. Caproni) – e risultano vane, retoriche, inefficaci, le parole degli altri; o l'angoscia sottesa al dolore radicale, si apre al pianto e/o al grido. Eppure c'è sempre l'attesa di un gesto, di una presenza (il dolore chiede sollievo: "tra me e il mondo c'è una sorta di coltre invisibile... però voglio avere gente intorno" – C.S. Lewis, "Diario di un dolore", Adelphi 1990, p.9): ma per "entrare nel dolore" dell'altro-da-sé, occorre sensibilità affettiva, e la parola che serve, che non ferisce: parola alata ("epea pteroenta", 'Iliade' XXIV, v. 517) che vola dritta nell'anima dell'altro (con la forza di un pensiero rilevante, decisivo) e lo sguardo che accarezza: entrambi ponti verso destini comuni. L'attenzione è un tendere verso l'altro riservando gli quel dono raro che è l'ascolto partecipe, l'essere accanto a lui in silenzio, condividendo la sua pena.

Vi sono grandi dolori che non trovano espressione, che non hanno voce, che non riescono a dirsi. Sono quelli che fanno più male perché lavorano sotterranei, sordi, instancabili, e come un fiume carsico erodono l'integrità di una persona. Il dolore muto non consente trasformazione. Abbattere il recinto silenzioso in cui talvolta, il dolore, la sofferenza, ci confinano, è il primo passo sulla via del loro superamento. G. Caramore "La fatica della luce" marcelliana ed, 2009, p.140.

Il dolore non viene con le parole: le precede. Quando, nel poema di Virgilio, la regina Didone invita l'esule Enea a narrarle le sue sciagure, questi cerca di schernirsi definendo il suo dolore: indicibile ("infandum, regina, iubes renovare dolorem" – Virgilio, "Eneide", II, 3).

La capacità di esprimersi verbalmente consente alla grande maggioranza delle persone di tollerare le vicende dolorose e difficili dell'esistenza (di colmare gli squarci del dolore), senza andare in pezzi e mantenendo intatto e relativamente ben coeso il senso del Sé e della sua continuità e conservando una buona fiducia di base in se stessi e nel mondo. Il dolore non spegne la vita ma la trasforma secondo altre possibilità.

Etimologicamente la parola tedesca *trauern*, "essere adolorato, essere in lutto", significa: diventare spossato, perdere le forze, cadere a terra. La persona in lutto ha bi-

sogno di qualcuno che le stia semplicemente vicino, che sopporti lei e il suo dolore, che non si ritragga impaurito, quando lo mette a confronto con la propria disperazione: che entri con lei nella sua solitudine e rimanga al suo fianco in essa.

L'elaborazione del dolore di perdita può non concludersi e l'Io non potrà ridiventare come prima – restando per sempre segnato da quel "posto rimasto indicibilmente vuoto": il dolore, "il mesto rituale della vita" (M. Luzi)², "si porta dentro di sé per tutto il fulgurato scoscendere d'una vita" C.E. Gadda, "La cognizione del dolore", Biblioteca Superpocket 2003, p.130.

Con il passare del tempo, forse ci abituiamo al nostro dolore, ma sarà la memoria a tenere in vita ciò che sparisce: "A volte il ricordo viene a visitarci, a scuoterci il cuore e picchia forte come il vento alla fine dell'autunno" – Murakami Haruki, "Prima persona singolare", Einaudi 2021, p.110.

(Tra memoria e ricordo non c'è un'identità sostanziale di significato: la memoria è caratteristica di tutti gli esseri viventi (piante incluse): ricordare è solo dell'uomo ("riportare nel cuore"). Ricordando l'assente per dargli vita se ne sottolinea l'oblio e l'irreparabilità. La consapevolezza dell'irrecuperabile è la nostalgia).

— *Non deve sorprendere la citazione di letterati, artisti e poeti: essi hanno il potere di trovare un linguaggio capace di esprimere l'ineffabile. "Ricorro ai poeti" ha scritto Bion, "perché mi sembra che essi dicano alcune cose in un modo che è al di là dei miei poteri, e che pure è tale che io stesso sceglierei, se ne avessi la capacità" (in "La lunga attesa. Autobiografia 1897-1919", Astrolabio 1982).*

Hugo Von Hofmannsthal: "Le figure poetiche sono come creature viventi: in qualunque punto le tocchi non fisse ma fluttuanti su una profondità insondabile" in: "Il libro degli amici. Appunti e diari- Ad me ipsum"-Valdecchi ed. 1963, p. 174.

Convivere con il dolore del lutto

L'esperienza della perdita

Io so la scienza dei commiati, appresa/ tra i lamenti notturni" Osip Èmil' evič Mandel'stam, "Tristia", in "Ottanta poesie", Einaudi, 2009, p.71

"People change, and smile: but the agony abides", affermava Thomas S. Eliot nei suoi "Quattro quartetti": la gente muta, riesce a sorridere, ma la sofferenza permane – in "I Dry Salvages", v.66.

(...) "so leben wir und nehmen immer Abschied" Così noi viviamo e prendiamo sempre congedo. Rilke, Elegie Duinesi, ottava, v.75.

Questa vita fugace, nonostante sia un avvenimento bellissimo e degno di felice stupore, ha i suoi travagli, la sua

sofferenza. Dice *Eschilo* nelle "Coefore": "Nessuno dei mortali trascorrerà la vita incolume del tutto da pene/ ora è dolore o dolore verrà" (Esodo, Corifea, vv. 47-50).

Continuamente qualche cosa deve essere lasciata, continuamente c'è qualcosa che c'era e che non c'è più. Il dolore è, così, nel destino dell'uomo: "...così noi viviamo, in un incessante addio" – *R.M. Rilke*.

"Alles was ist endet", "Tutto quel che esiste, finisce": ammonisce la voce di Erda nel finale dell'"Oro del Reno", (dramma musicale di *Richard Wagner*). "L'assenza sembra circondarmi/ e irrompere dentro ogni cosa. La tigre assenza... ha tutto divorato di questo volto..." – *Cristina Campo*, Biblioteca Adelphi 239, 1991.

Non tutti affrontiamo il dolore della perdita affettiva con le stesse dinamiche. Ci sono delle persone che vengono fatte a pezzi dal dolore e ci sono persone che per natura hanno ricevuto un atteggiamento positivo di fondo nei confronti della vita. Più spesso il dolore psichico è il luogo in cui incontriamo la nostra finitudine: ci colpisce un dolore cupo e si ha bisogno di qualcuno che sopporta (senza ritrarsi impaurito) la nostra disperazione: che entri nella nostra solitudine e rimanga al nostro fianco in essa: mai invadente e sempre rispettoso, fino a saper vestire i panni del silenzio.

"La vita per tutti noi è indicibilmente difficile, minacciosa e malevola: tutto ciò che vi è di bello e prezioso consiste nel sopportare. E forse a qualcosa serve avere altri che ci sono e guardano alla tua sofferenza e sono abbastanza buoni da capire le tue difficoltà, e la loro partecipazione ha così un senso" – *Hugo von Hofmannsthal*, "Le parole non sono di questo mondo" (lettere al guardiamarina E.K.), Quodlibet ed. 2008, p.44.

Il dolore ci cambia sempre: può abbassare, togliere ogni apertura verso il mondo, verso gli altri, rinchiudere una persona nella sofferenza, rendendola incapace di vedere quella degli altri: invadere tutto, occupare ogni spazio.

Il dolore che imprigiona il tempo, il dolore imprevedibile che penetra in ogni fibra: "non so perché si devono fare le cose";

il dolore singhiozzante del mattino e della sera: il dolore che rende impossibile ogni progetto: "non so perché sono al mondo";

il dolore inondante, insanabile, che grida nel silenzio, che perdura senza tregua, che ha la natura dell'infinità;

il dolore insanabile che ci porta sul ciglio degli abissi;

il dolore desolato e infinito, che non riesce ad essere gridato;

Il dolore: volto dell'amore, ma rigato di lacrime.

Quando non abbiamo più nulla fuori di noi abbiamo ancora qualcosa in noi: la nostra vita che scorre nelle lacrime – *Matteo Nucci* "Le lacrime degli eroi", Einaudi 2019, p. 145. Le lacrime non giungono ad alleviare il dolore / esse si stendono sotto il cuore come un giaciglio. Nel freddo della notte diventano occhi che vedono tutto.

Il dolore divide il tempo in un "ante" e un "post" impos-

sibilitati, talora, a comunicare. L'esistenza si contrae, la presenza del mondo arretra e si dilegua come sfondo di intenzionalità interiore e di incontro con l'altro.

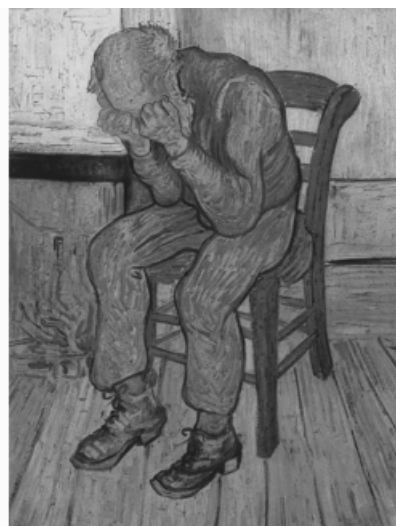
Quando il dolore morde dentro, la mente non ha più tanto spazio per affacciarsi sul mondo.

Può, il dolore, essere, talvolta, un'esperienza viva, un mezzo per avvicinarsi a una realtà metafisica altrimenti inaccessibile; acuire la percezione di sé (*Byung-Chul Han*, "La società senza dolore", Einaudi 2021, p. 45); sviluppare talvolta virtù: spingere ad esplorare la propria interiorità (l'eschileo "pàthei màthos"): "il divenire e il crescere, tutto ciò che garantisce il futuro, postula il dolore" (*F. Nietzsche*, "Il crepuscolo degli idoli"); "affinare la sensibilità: infondere pensieri inattesi, trasfigurare la minima esperienza" (*Nicola Gardini*, "Postfazione" – a "Sulla malattia". di *Virginia Woolf* – Bollati Boringhieri 2005, p. 25)³ – ma quando si fa lacerante rende la vita non solo indesiderabile, ma neppure degna di essere vissuta; intacca il significato dell'esistenza.

Bion (cfr. "Attenzione e interpretazione", Armando ed. 2010) specifica che non tutti sanno "soffrire" il dolore. Alcune persone subiscono il dolore, ma non sono in grado di soffrirlo: "I pazienti per curare i quali mi sento spinto a formulare delle teorie, sperimentano il dolore ma non lo soffrono" (p.30) Per potere "soffrire" il dolore è necessario, prima di tutto, riconoscerlo ed esprimerlo. Non tutti però, ne sono capaci: non tutti hanno le parole per parlarne, non tutti hanno il pensiero per pensarlo.

Come dice splendidamente, nel "Macbeth", *William Shakespeare*: "Dà al tuo dolore le parole che esige. Il dolore che non parla, sussurra bensì a un cuore troppo affranto l'ordine di schiantarsi" – "Macbeth" di *William Shakespeare*: atto quarto. Dalla narrazione emana un'energia curativa (cfr. in *Walter Benjamin*, "Immagini di pensiero", in Opere complete, vol. V, Einaudi 2003, p. 529). "Dimmi il tuo dolore – dimmi cosa non va!" ("Tell me thine ailment – tell me all amiss!") – *John Keats*, op. cit. v. 519).

Il dolore, come già detto, induce il grido, la lamentazione lanciata verso un Dio impassibile, il gemito, il pianto o il



Van Gogh, "La disperazione"

silenzio: quando raggiunge il suo apice, non riesce nemmeno più a esprimersi nel grido: si trasforma in una condizione di torpore senza immagini e pensieri. “Il dolore tenacemente conserva o soffoca la voce” – (*Virgilio*, “Eneide”, II 3-13).

Il dolore può parlare solamente quanto chi lo vive riesce a dargli una sintassi, perché il dolore toglie il senso, e dargli delle parole significa capirlo. Le parole del dolore sono quelle che si è capaci di rivolgere all'io dolente: interrogandolo, giudicandolo, definendolo.

“Il dolore è più vasto della neve che è sopra ogni cosa/ e che poi si corrompe e s'annerà./ Ma il dolore resta sopra ogni cosa. Regna” – sono versi di *Eugenio De Signoribus* (“Trinità dell'esodo”, Garzanti 2011).

Spesse volte il dolore lacerante non riesce ad entrare in nessun luogo della mente: si tiene *fuori*, non si confessa neppure a se stessi, non si nomina, lo si esorcizza: “No, non sono io, è qualcun altro che soffre. Io non potrei esser così, ma quel che è successo

Neri drappi lo ricoprano, E portino via le lanterne...

Notte.” – *Anna Achmàtova*, “Requiem 3” – da “Poema senza eroe”, Einaudi 1966, p.37.

Ne può discendere la “simulazione della gioia” che inibisce il cedere al dolore che affligge.

“C'è un dolore – talmente assoluto – che ti risucchia l'essere – poi ricopre l'abisso d'un incanto – così la memoria può passarci intorno – attraverso – sopra – come uno in preda a un deliquio – va sicuro – mentre un suo occhio aperto – lo farebbe crollare – osso per osso” –

Emily Dickinson (599).

Per *Freud*, il dolore (*Schmerz*) è una reazione alla perdita evidenza di esistere, quale si produce a seguito di una rottura interiore: lutto, separazione o l'andare in pezzi dell'integrità corporea. Tutta l'energia dell'individuo che soffre si focalizza e si dissolve, allora, nella rappresentazione della perdita”. Cfr. in *David Le Breton*, “Esperienze del dolore”, Cortina ed. 2014, p. XXIII.

“Assenza più acuta presenza” – *A. Bertolucci* (da “Sirio”): “Vago pensier di te/ vaghi ricordi turbano l'ora calma/ e il dolce sole./ Dolente il petto ti porta”.

Chi porta un dolore radicale scorge una *corolla di tenebre* coprirla il cuore, annidarsi tra le apparenze più dolci della natura: nell'attesa che scenda, come unica consolazione, “l'insensibile carezza, la nebbia leggera” del tempo (in *P. Citati*, “La malattia dell'infinito”, Oscar Mondadori 2008, p.378). Eppure, per l'Elettra sofoclea, “bagnerà sempre il ciglio/ l'ineffabile pianto” – vv. 238-239 (in “Le tragedie di Sofocle” – traduzione di *Romagnoli*).

Secondo *Freud* il lavoro intrapsichico, che inizia dopo una perdita, si conclude con il distacco dall'oggetto amato e con la istituzione di un nuovo rapporto; il disinteresse per il mondo esterno, tipico del lutto, dipenderebbe dall'investimento totale ed esclusivo della libido sull'oggetto perduto e dal sentimento di cordoglio.

Il lutto rappresenta un evento stressante e costringe a un percorso catartico: il lavoro del lutto, scrive *J. Barnes* in “Livelli di vita” (Einaudi 2013), “sembra un lavoro talmente chiaro e concreto, nella combinazione dei due sostantivi. Invece è sfuggente, sdruciolevole, metamorfico... È un genere di lavoro che non avevi fatto prima, è rigorosissimo, anche se non ti sorveglia nessuno; è qualificato, ma non esiste tirocinio possibile...” (p.105). I meccanismi psicologici che sottendono la reazione dolorosa alla morte di una persona amata e che portano, poi, alla risoluzione del lutto operano secondo un processo articolato in più fasi: ognuna delle quali è di preparazione alla successiva e rappresenta il compimento della precedente – *Bowlby J.*: “Il processo del lutto”, in: *Gaylin W.* (a cura di): “Il significato della disperazione”, Astrolabio, 1973.

Il processo di elaborazione psichica prevede, per la psichiatra svizzera *Elisabeth Kubler Ross*, una fase di *diniego* in cui il soggetto rifiuta l'idea che la perdita abbia avuto luogo, una fase finale di accettazione in cui la perdita viene ammessa, e una fase di *distacco* dall'oggetto perduto con reinvestimento su altri oggetti della libido ad esso legata – cfr. “La morte e il morire, Cittadella ed. 2015. Perciò pensiamo al lutto come ad un lavoro psichico che inizia, si sviluppa e si conclude.

“...human kind Cannot bear very much reality”-*T.S. Eliot*, “Quattro quartetti” Burt Norton I, vv.44-45.

La difficoltà di sopportare realtà tremende come la morte, la separazione, fa sì che si cerchino aspetti consolatori in grandi formulazioni ispirate che permettono di tollerare ciò che altrimenti avrebbe abbattuto oltre misura l'esperienza del singolo.

Il lamento e il pianto rituale – cfr. in *E. De Martino*, “Morte e pianto rituale”, Boringhieri, 1977 – costituiscono una possibilità elaborativa di un dolore che appare invivibile. Il lamento e il pianto rituale non cancellano la crisi del cordoglio, ma l'accolgono in sé, trasformandola in “disciplina culturale” capace di mantenere il *pathos* al riparo dalla irruzione della disperazione – *ivi*.

Anche la chiesa si è occupata di gestire il dolore del lutto attraverso “l'illusione terapeutica dello strumento religioso” (*Corrao* “Il concetto di campo come modello teorico”, in “gruppo e funzione analitica”, VII, I, 1986, pp. 9-21, Borla ed., “Un gruppo specializzato in ascesa, quello dei terapeuti di professione, ha ritenuto di sviluppare metodi più efficaci, atti a trasmettere, ai soggetti dell'esperienza di congedo, il modo per essere capaci di soffrire il dolore, di elaborarlo, trasformarlo e valorizzarne gli esiti” (*ivi*). “Normalmente l'attaccamento al passato si attenua a poco a poco, e la vita riprende, colmando i vuoti con nuovi compiti e nuove presenze” – *Luisa Colli*, “La morte e gli addii”, Moretti e Vitali ed. 1999, p. 39. Si comincia ad avere un legame più saldo con la vita, con le cose della vita.

Ricordare “troppo” rientra tra le più amare resistenze in-

conscie al fluire della vita ("Amleto", atto IV, scena V). La dimenticanza si affida all'"equivoco del tempo volgere che medica ogni dolore"- *Elsa Morante* : primi versi della poesia "Addio", che apre il "Mondo salvato dai ragazzini" – Einaudi 2020.

È più verosimile pensare che tutto torna a muoversi in cerchio: " a volte è un luogo, a volte è un gesto, un suono, una parola, a volte è un sogno o un'immagine diurna venuta a mescolarsi tra le faccende della vita quotidiana...Allora... intuiamo l'intimità dei nessi tra passato e futuro, tra attesa e compimento, tra memoria e destino" *L. Colli*, op. cit., pp. 12-13.

...["Morrie", lo interruppe Koppel, "tua madre è morta settant'anni fa. Il dolore continua ancora? "Eccome", sussurrò Morrie.-Cfr. in: *Mitch Albom : i miei martedì col professore*. Rizzoli, 1998]

I ricordi restano nel mondo memoriale.

Normalmente pensiamo al lutto come ad un lavoro psichico che inizia, si sviluppa e si conclude.

Col lutto prendiamo coscienza del dolore, lo sentiamo, sopravviviamo a esso. Col lutto abbandoniamo i defunti e li introiettiamo. Col lutto accettiamo i cambiamenti difficili che la perdita deve apportare – e così cominciamo a porre fine al lutto. *Judith Viorst*, "Distacchi", Sperling Paperback, 2004, p.270.

Un blocco nel lavoro del lutto porta alla melancolia, che insorge quando il soggetto sente l'oggetto perduto (che non è riuscito a introiettare) come una parte ineliminabile di sé da cui non può separarsi se non separandosi da se stesso.

È la solitudine del melancolico ripiegato su se stesso in un soliloquio inane e ripetitivo in cui è spenta ogni comunicazione. L'identificazione con la sofferenza è tale, nel melancolico, che egli può ben dire "io sono il dolore". Il dolore si fa identità personale.

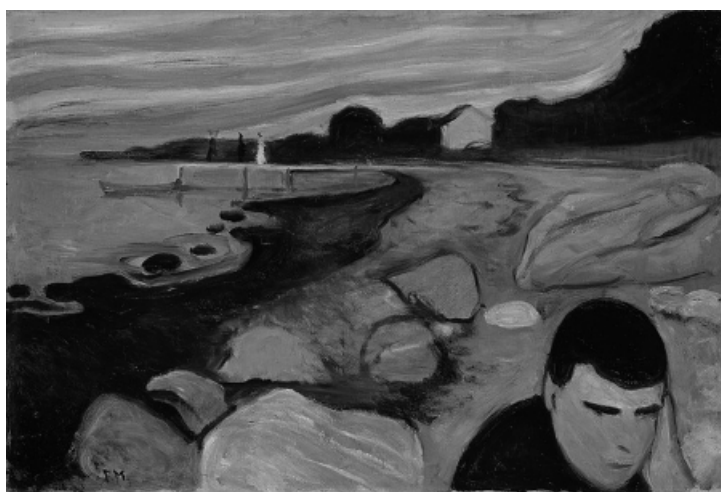
Freud – nella minuta G del 1895 – mette in relazione malinconia, dolore e inibizione dell'attività psichica. Malinconia e dolore si alimentano reciprocamente. La loro azione congiunta provoca una sorta di emorragia interna, con una caduta della spinta alla valorizzazione della vita ed un rallentamento dell'attività affettiva ed intellettuale – *Freud S.*, "Minuta G: Melanconia"; "Opere", Boringhieri 1968, v. II, p, 30.

L'esistenza non vive più in programmi e in progetti, cosa in cui secondo *Scheler* si costituisce il vissuto della temporalità, ma, rivolta al passato, non fa se non ruotare intorno ad esperienze di perdita" *V. E. Von Gebattel*, "Imago Hominis", in *E. Borgna*, "Malinconia", Feltrinelli, 2001, p.37.

Se una data perdita può risultare obiettivamente sconvolgente, ciò che nel singolo caso sembra acquisire maggior peso è il precedente grado di coinvolgimento e di dipen-

denza emotiva dalla figura o dalla condizione perduta: il fatto cioè che la perdita dell'"oggetto" esterno venga sentita come smarrimento dell'unico e insostituibile riferimento esistenziale e come sfaldamento del proprio senso di sé (cfr. in *Cirincione e Gianasi*, "Il dolore, la personalità, il cancro". Teda Edizioni, 1990). Quando si presenta, la sofferenza melancolica dell'abbandono mette dunque allo scoperto la radice profonda da cui deriva: ovvero la struttura emotiva infantile, fragile, dipendente, timorosa, per la quale ogni distacco – in cui si ripresenta l'ombra drammatica e traumatica dell'accudimento primario – è fonte di insostenibile angoscia.

Nella maggior parte di questi soggetti non è possibile isolare una perdita cosciente singola o le perdite dichiarate sono in tale rapida successione da apparire come copertura di lamentele per offese narcisistiche primitive o irrisolte. Ciascuna perdita infatti rimanda ad una precedente in una fuga prospettica a ritroso che riconduce, in ultima istanza, ad una perdita "primaria" (nella tesi di *Julia Kristeva*, tanto precoce che nessun agente esterno – soggetto o oggetto – può ad essa esser riferito – ("Sole nero: Feltrinelli 1988).



E. Munch: Melancholia

"... Rabbrivendo sotto stelle autunnali più profondo ogni anno si china il capo".

-*George Trakl*, "In un antico libro di memorie" da "Le poesie", Garzanti ed. 2010, p.81.

Condividere il dolore del lutto

Kafka scrive nei suoi "Quaderni" alla data del 22 febbraio 1918 ("Confessioni e diari", I Meridiani Mondadori 2006, p. 747): "Di fronte ai dolori del mondo tu puoi tirarti indietro, ciò è rimesso alla tua volontà – ma forse è proprio questo tirarti indietro l'unico dolore che potresti evitare". *Galeno*, medico e filosofo (Pergamo 129-210 A.C.) "Le sofferenze non devono spaventare finché si può conversare con un amico" ("l'anima e il dolore". BUR 2012, p. 49 "De indolentia").

Davanti alle tempeste dell'anima, spesso si rimane indifferenti, senza alcuna partecipazione viva.

La condivisione profonda del dolore appartiene all'ambito delle reazioni vitali che creano un legame interpersonale, il senso di un comune destino. *"V'è una differenza decisiva tra gli uomini che possono contenersi di fronte agli altri come spettatori e quelli che condividono sempre con gli altri il dolore, la gioia, la colpa: questi sono i veri viventi"* – Hugo von Hofmannsthal, *"Il libro degli amici"* – Adelphi, 1980, pp. 11-12.

"Fortunatamente nella cerchia più ristretta intorno a mia madre c'erano amici che, ciascuno a suo modo, sapevano darle quel che io non ero in grado di offrire. Gli amici più 'New Age' le portavano, con assoluta sincerità, rocce e cristalli di cui descrivevano le proprietà curative. Quelli più dotati di senso materno cucinavano per lei. Gli amici buddhisti le scrivevano che era all'interno di un 'cerchio protetto' e che dunque si sarebbe ripresa. I più cordiali provavano a domare il suo panico con l'incanto della loro conversazione e il calore del loro conforto. Gli amici più militanti la distraevano con discussioni di politica. Quelli di fede cristiana le inviavano santini e le scrivevano di aver recitato preghiere d'intercessione per lei" – così scrive David Rieff (in *"Senza consolazione"*, Mondadori 2009, p.72) della madre (Susan Sontag) sofferente.

Chi condivide il dolore – dice Francesco Corrao (cit. Claudio Neri, *"La condivisione del dolore"*, Quad. psico-ter. Inf. 44, pp- 85-97, maggio 2002 – File: Cd-62-Mecha) – deve essere intensamente partecipe, ma, evitare ogni ripiegamento intimistico. Questo atteggiamento potrebbe favorire una tendenza del paziente a lasciarsi andare alla passività. Il dolore psichico, se viene elaborato, è fruttuoso. L'elaborazione però richiede – come avviene per il dolore del parto – l'attiva partecipazione della persona stessa che sta soffrendo. Un'indulgenza intimistica, inoltre, aumenterebbe il rischio di un indebolimento della capacità di pensare del terapeuta.

L'approccio al sentimento di perdita è così difficile da poter diventare pericoloso se maneggiato con imperizia, incuria, disordine e poca attenzione. Spesso le persone sofferenti rimangono avvolte o da parole fredde, indifferenti, o da parole vane (*"decotti di malva"* – Giobbe), che escono dalla bocca come un fiato addensato e che girano per l'aria muovendola, inseguite solo dallo sguardo di chi le ha emesse – Franz Kafka (*"Confessioni e diari"*, Mondadori, I Meridiani, 1972, p. 326).

Per entrare nell'interiorità dell'altro occorrono parole nutrite di *"anima lucente"*, in grado di asciugare le lacrime, sciogliere il ghiaccio che stringe il cuore" – Jon Kalman Stefansson, *"Paradiso e inferno"*, Iperborea ed. 2015.

È nell'offrire *"uno spazio di contenimento per la sofferenza altrui"*, che la relazione di aiuto si fa accoglienza e senso, potente e imparziale: capacità di cogliere quanto alberga nell'animo della persona che ci sta di fronte.

Se manca, nel sofferente, la forza di guardarsi dentro per

rendere vitale il dolore (per quanto cupo e invasivo esso sia) tenendo accesa la fiamma della vita – l'Analisi di gruppo può essere efficace per la condivisione di aspetti individuali che vengono convogliati in un contenitore comune" (C. Neri, *"Gruppo"*, Borla ed. 2004) – il *"Piccolo gruppo "Analitico"* essendo rappresentato (con le parole di F. Corrao) strutturalmente *"come un Insieme Unitario, che funziona mediante attività mentali trans-individuali"* in *"Funzione analitica del piccolo gruppo"* – da *"Orme"*, vol II, p.88."

In questo essere accolti si può tentare di vivere, si è nella dimensione in cui si può dire di sì: la vita vale la pena (così, letteralmente). Chi vive il dolore del lutto può dire: il riconoscimento del mio soffrire mi suggerisce che: è vero sono distante ma non separato.

Sondare il silenzio e l'abisso

Incontro, dialogo, partecipazione, presenza: ecco i termini che esprimono l'implicazione reciproca della mia esistenza con le altre esistenze: aspetto che Giuseppe Di Chiara ha chiamato capacità di mantenere aperto dentro di noi *"un posto per l'altro"*. In ordine al principio psicoanalitico – ma non solo della psicoanalisi – secondo il quale il massimo valore del processo maturativo è il riconoscimento dell'altro, contrapposto al narcisismo originario.

Quando il dolore scende in noi, ogni contatto psicologico umano con gli altri-da-noi si fa difficile e talora impossibile. Anche le parole di solidarietà e di affetto si fanno fragili: nella misura in cui il dolore sia molto intenso e inarrestabile.

Le parole sono fragili e si svuotano continuamente di senso se non si accompagnano ad atteggiamenti che ne confermino e ne dilatino i significati. In tal caso, sono in grado di aiutare, di indicare un cammino, di creare o allargare spazi di intima riflessione, di recare la speranza *"Esito su quale parole scegliere, perché non posso sceglierne che poche e ognuna dev'essere essenziale"* – (Emily Dickinson in *"Lettere alla signora Holland, 1883"* – da *"Pochi amano veramente"* ed. De piante 2021, p.129 – in grado di *"aprire nuovi ambiti della possibilità di realizzazione là dove le cose sembrano pietrificate"* (Sandro Panizza, *"La parola che trasforma"* in *Gli argonauti*, giugno 2000, pp. 128-129).

La parola è *"pensiero vivente"* (L.S. Vigotskij, *"Pensiero e linguaggio"* – Laterza, 1990) se è trasformata in memoria (e non brutalmente dimenticata come *"malinconico fiore dell'oblio"* - M. Kundera, *"il libro del riso e dell'oblio"*, Adelphi, 1991, p.193);

È efficace la parola di chi comprende, conosce e possiede sensibilità, onestà intellettuale e morale. E ha il rispetto per gli altri: che si fonda sull'uguale dignità delle persone. Per Kant la *pre-virtù*. Tenere lo sguardo attento sul dolore dell'altro richiede il pensare del cuore e la lealtà della

mente. Il pensare con il cuore è *un pensare* che si lascia toccare dall'essere dell'altro, è dunque un pensiero che *sente il sentire* dell'altro ed è questa sensibilità della cognizione a rendere possibile la condivisione. È il volgersi all'altro con un'attenzione intensivamente ricettiva⁴: possibile solo se si sia conosciuta l'esperienza della sofferenza.

La capacità di sentire l'altro fuori e dentro di noi – al di fuori di ogni indulgenza intimistica – può permettere attenzione, spontaneità, condivisione.

“... Siamo un dialogo/ e possiamo ascoltarci l'un l'altro” – *Friedrich Hölderlin*, “Festa di pace”, vv. 91-13, in “Tutte le liriche”, I Meridiani Mondadori, 2001, p.881.

Il dialogo è il contenitore di ogni esperienza autenticamente interpersonale – ed è la vera e propria chiave della relazione facendo ricorso alle migliori doti di empatia, attenzione, pazienza.

È lì, in quello spazio dialogante, che ciascuno di noi è chiamato a pronunciare parole che non siano vane, che non feriscano, che non mortifichino l'intelligenza dell'altro, che siano fertili, nuove e antiche al tempo stesso, che portino verso l'altro la responsabilità del loro dire. Lì dentro, in quello stesso spazio, siamo tenuti a far posto alle parole altrui, per raccogliere nell'alveo del nostro orecchio, per metterle a confronto con le nostre, per incontrarle e costruire insieme nuove geometrie del pensiero. È uno spazio in cui i confini si rimescolano. Non sono aboliti, come non viene abolito il timbro della voce. Ma creano un 'luogo fecondo' del linguaggio. Siamo, forse, come gli alberi interroganti di un quadro di *Klee*” – *G. Caramore*, op.cit,pp.29-30.

“Sembrano, questi alberi, chiedersi *Wohin?* (“Verso dove?”). Separati da sottili linee spezzate, che circoscri-



vono anche le tonalità diverse dei colori del terreno in cui hanno un'invisibile radice – il biondo-ocra, l'azzurro, il verdognolo, il violetto –, memori di una fratellanza originaria, tendono verso un altrove, insieme” – *ivi*.

Il primo grande dialogo è con le figure interiori che ci hanno costruito e accompagnato nella vita: l'io di cia-

scuno è un apeirogon con numerosi angoli. Se le “voci” che ci hanno costituito ci hanno dato amore, questo respiro originario non sarà difficile proiettarlo nell'Altro-da-noi. *Sartre* ha detto che ogni essere umano riesce a fare ciò che gli altri hanno fatto di lui – cfr. in “Santo Genet, commediante e martire”, Il Saggiatore ed., 1972.

Se una possibilità c'è, per chi si pone all'ascolto, di intercettare e di intendere il dolore del lutto, essa è legata alla scelta di condividere il senso di smarrimento che ogni grave perdita mette in scena, dando così all'altro la possibilità di comporre una stabilità psichica.

Al dialogo servono il tempo e la lentezza dell'ascolto: mettersi, di fronte all'altro, intercettarne le parole. (“Cerca di ascoltare chi tace” – *Celan*, “Lettere a *Diet Kloos – Barendregt*”, Archinto ed. 2005). Ma anche un sorriso, il silenzio⁵ (se non si trovano le parole che creano relazione, è meglio tacere), una speranza. *Leopardi* parla di speranza quando vuole indicare lo slancio propulsivo, il motore desiderante dell'esistenza umana (“*Zibaldone*”, Frammento 1090). Occorre aprire sul divenire. È la speranza che ampliando lo spazio del futuro – distoglie l'attesa dalla concentrazione sul presente – e, liberandola dall'immediato, la dilata in orizzonti che la concentrazione sul presente ha cancellato.

Da questo ascolto si sprigiona tutto il tema del riconoscimento (*Axel Honnet*, “Riconoscimento e disprezzo”, Rubettino ed. 1993). e della comprensione empatica: che è un processo mentale che ci avvicina alla comprensione dell'altro-da-noi, con l'intelligenza del cuore.

(L'empatia non è un “essere l'altro”, ma un “essere presso l'altro”. Per realizzare questo “essere presso” è necessaria una pratica di possibile massima relativizzazione della propria soggettività e una esposizione affettiva, e non riflessiva, alla presenza dell'altro – in *Augusto Romano*, “Musica e psiche”, Cortina ed. 2021, p.156.

Nel momento del dolore, un gesto di vicinanza affettiva è recepito come dotato di un particolare carattere d'autenticità. La persona sofferente avverte che chi lo compie le sta diventando molto caro. Il sentimento, spesso, trova corrispondenza. A sua volta, chi ha saputo condividere la sofferenza di una persona avverte che questa le diviene cara – in *C. Neri*, op. cit.

Francesco Corrao ha chiamato *Koinodinia*⁶ la comunanza stabilita dal dolore, l'esperienza del dolore di gruppo. L'intensità e la durata di questo legame sono tanto grandi, da essere comparabili a quelle del legame di parentela o di un'antica e contraccambiata ospitalità – *C. Neri* (2001), “La spontaneità nel dialogo analitico”: in *Di Chiara e Gaburri* e al., “La psicoanalisi in Italia”. *F. Corrao*. “Quaderni del Centro Milanese di Psicoanalisi”. “*Cesare Musatti*”, Milano 2001.

Questo mio discorso finisce, così, sulla soglia della parola di *Corrao* da raccogliere con attenzione – se ci si dispone alla condivisione del dolore.

E, come scrive *Italo Calvino* (“Le città invisibili”, Oscar Mondadori, 1993, p.164), “cercare e saper riconoscere chi e cosa”, in mezzo all’inferno, non è inferno, e farlo durare, e dargli spazio”.

Condividere il dolore del lutto

Kafka scrive nei suoi “Quaderni” alla data del 22 febbraio 1918 (“Confessioni e diari”, I Meridiani Mondadori 2006, p. 747): “Di fronte ai dolori del mondo tu puoi tirarti indietro, ciò è rimesso alla tua volontà – ma forse è proprio questo tirarti indietro l’unico dolore che potresti evitare”. *Galeno*, medico e filosofo (Pergamo 129-210 A.C.) “Le sofferenze non devono spaventare finché si può conversare con un amico” (“l’anima e il dolore”. BUR 2012, p. 49 “De indolentia”).

*Docente di Psichiatria - Palermo

Note Bibliografiche

¹ Nel dolore dell’abbandono ci può essere l’abisso del più grande smarrimento (come viene descritto da *Elena Ferrante* nel suo libro “I giorni dell’abbandono” – da cui è stato tratto il film omonimo diretto da *Faenza* (e interpretato da *Margherita Buy*).

Da questo gorgo oscuro, la protagonista acquisirà forza e consapevolezza di sé e riprenderà in mano la stabilità psichica la propria vita.

² “La barca” (“Parca-Villaggio”, v.7), in “il giusto della vita” – da *M. Luzi*, “Tutte le poesie”, Garzanti 2001, p. 11.

³ “*To pathei mathos* afferma il coro dell’“*Agamennone*” di *Eschilo* (v.177): “con il dolore

s’impara” – e nelle “*Eumenidi*” vv. 320-321, “Giova alla saggezza il dolore”. Un’espressione forte si trova in *Erodoto* (“Le storie”, I, 207): “*Ta pathèmata mathèmata*”, le sofferenze sono insegnamenti. E così già in *Esiodo* (“Opere e giorni”, vv.217-218): “Soffrendo anche lo stolto impara”.

⁴ L’attenzione è un tendere verso l’altro riservandogli quel dono raro che è l’ascolto partecipe, l’essere accanto a lui, condividendo il suo dolore – Quando si incontra chi ci accoglie sinceramente, gli si può mostrare il dolore: l’altro non necessariamente deve trovare una soluzione: deve solo ascoltare e partecipare, accostarsi e condividere. “Noi verremo alla meta non a uno a uno, ma a due a due” scriveva il poeta francese, *Paul Eluard*. “Non posso darti soluzioni, non ho risposte alla tua sofferenza; non posso cambiare né il tuo passato né il tuo futuro: però quando

serve starò vicino a te. Non sono gran cosa, però sono tutto quello che posso essere” – “*Amicizia*” (attribuita a *Borges Jorge Luis*) .

⁵ Per ascoltare è necessario saper stare in silenzio. Nel silenzio si può mostrare vicinanza all’altro, perché il tacere è lasciare all’altro lo spazio per essere accolto. Il tacere è un modo di essere l’uno con l’altro, evitando quell’eccesso di parole che spesso diventa una mera chiacchiera impedendo la comunanza autentica con l’altro. (*Noddings*, cit. in *L. Mortari* e *L. Saiani*, “*Gesti e pensieri di cura*” – Mc-Graw-Hill, 2013, p.106).

⁶ La parola è composta da due lemmi greci, *koinòsis* e “*odùne*”; il primo significa “comunanza, condivisione”; il secondo vuol dire “dolore mentale”.



Ricordando la psichiatria organo-dinamica di Henri Ey

Riassunto

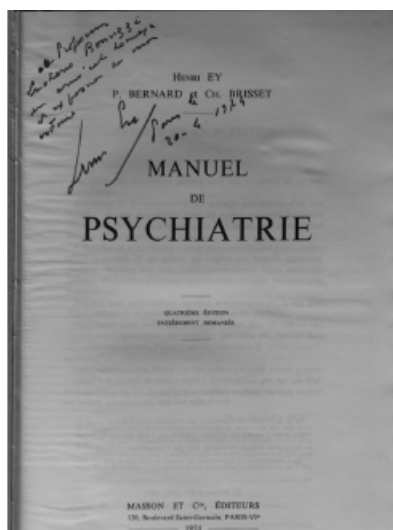
Con Pinel, uno dei fondatori della psichiatria specialistica, si compone la radicale scissione fra fisico e morale affiorata con Descartes. Ma, quanto prima prende corpo una nuova frattura fra la psichiatria romantica, che pone l'accento sugli aspetti spirituali e comprensibili dell'esistenza, e il materialismo meccanicista che si impone nell'ultimo Ottocento. Henri Ey, ispirandosi a Jackson, postula una sintesi fra fisico e morale con l'organo-dinamismo. In questo disegno ribadisce il fondamento naturalistico della malattia mentale che, peraltro, è accesa e plasmata dalla vita, dall'esistenza e dalla cultura.

Parole chiave: Henri Ey, rifiuto del dualismo fra fisico e morale, organo-dinamismo, fondamento naturalistico della malattia mentale accesa dalla vita e dall'esistenza.

Summary

Pinel, one of the founders of specialized psychiatry, composes the radical split between physical and moral emerged with Descartes. But soon, a new fracture takes shape between romantic psychiatry, which places the emphasis on the spiritual and understandable aspects of existence, and the prevailing mechanical materialism of the late nineteenth century. Henri Ey, inspired by Jackson, postulates a synthesis between physical and moral with organ-dynamism. In this picture he reaffirms the naturalistic foundation of mental illness which, moreover, is ignited and shaped by life, existence and culture.

Keywords: Henri Ey, refusal of the dualism between physical and moral, organ-dynamism, naturalistic foundation of mental illness ignited by life and existence.



L'improvvisa scomparsa di Henry Ey (6 agosto 1900 – 7 novembre 1977), nell'autunno di alcuni anni or sono, ha suscitato complessi e profondi sentimenti di cordoglio che testimoniano non solo la devozione per un grande Maestro della psichiatria ma, nel contempo, fanno eco alla consapevolezza del suo impegno nel difendere il fondamento naturalistico della malattia mentale. Correvano, infatti, gli anni '70 del passato secolo ed il vento delle anti-psichiatrie soffiava con insistenza ora negando la realtà della malattia mentale ed ora mettendola fra paren-

tesi e riducendola a mera espressione di qualche male sociale o di qualche dolente vissuto personale. La rilevanza del pensiero di H. Ey è sottolineata da un 'Numero speciale' de "L'Evolution Psychiatrique" (1) del '77; da un numero monografico di "Perspectives Psychiatriques" (2) che, dedicato alla psichiatria romantica, esce listato a lutto ricordando che contiene l'ultimo articolo – un articolo a contenuto storico – di questo illustre clinico; dal necrologio de "La Nouvelle Presse médicale" che ne sintetizza il pensiero (3); ed, infine, dalla biografia elaborata quanto prima per la *Nouvelle histoire de la psychiatrie* (4).

Nel numero de "L'Evolution Psychiatrique" intitolato 'Hommage à Henri Ey', François Bohard (5) con parole affettuose descrive la quotidianità di questo battagliero psichiatra che divideva il proprio tempo fra Bonneval e Sainte-Anne, mentre Jean Losserand (6) chiarisce i motivi essenziali del suo insegnamento che, collocando la psichiatria nell'ambito della medicina, guarda alla malattia mentale – una malattia psichica nelle sue espressioni, ma organica nella propria natura patologica – come ad un disturbo della libertà. Il rapporto fra psichiatria e libertà è al centro delle riflessioni di Henri Sztulman (7), che stigmatizza la manipolazione ideologica della psichiatria, mentre Giancarlo Reda (8) argomenta che non è opportuna la 'liberazione' del malato se non è guarito obbligandolo ad accettare una libertà esteriore non avendo

ricuperato quella interiore. Anche Wyrsh (9) affronta la questione della libertà e pure K. P. Kisker (10), alludendo alle anti-psichiatrie allora di moda, ribadisce l'impegno di H. Ey nel definire il campo della psichiatria come quello della patologia della libertà, una patologia che ha una radice storica ed una naturale. Adolfo Fernandez Zoïla (11), F. A. Jenner e J. Damas Mora (12) ma anche G. E. Berrios (13) illustrano, invece, l'influenza che ha avuto il pensiero di Jackson nell'orientarne il modello dottrinale. Zoïla, in particolare, fa presente come l'idea principale a cui H. Ey si è ispirato, proprio facendo riferimento a Jackson, sia stata "l'idea di evoluzione, vale a dire l'introduzione del fattore tempo nello spazio del sistema nervoso" organizzandone le funzioni. Anche nella *Nouvelle histoire de la psychiatrie* si ribadisce la rilevanza del rimando a Jackson a cui E. Ey ha fatto riferimento postulando una gerarchia dei livelli funzionali del sistema nervoso ed intendendo la malattia mentale come l'espressione di differenti gradi di dissoluzione dell'attività psichica subordinata ad un processo organico analogo al sonno che libera il sogno.

I principali motivi che ricorrono nei vari commenti volti a ricordarne la figura si possono sintetizzare nell'impegno a riportare la psichiatria nell'ambito della medicina, nell'approccio naturalistico alla malattia mentale rilanciando il pensiero di Jackson ed infine nell'impegno storiografico quale strumento metodologico per elaborare e proporre una coerente immagine dell'uomo. Si tratta delle questioni affrontate negli ultimi saggi dallo stesso H. Ey ed editate, in parte, dopo la sua scomparsa. Nel '77 viene, infatti, pubblicato un volume sulla schizofrenia, un disturbo intonato dello smarrimento della realtà (14). Nel '78, ma con Prefazione datata 16 luglio 1977, esce la monografia *Défense et illustration de la psychiatrie. La réalité de la maladie mentale* (15): un vero e proprio testamento intellettuale che si ricollega alla monografia *Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie* (16). Ma forse *Naissance de la médecine* (17), a cura di H. Maurel, è l'opera culturalmente più stimolante in cui, ancora una volta, si può ascoltare la sua voce.

Défence et illustration de la psychiatrie, che ha per oggetto "la realtà della malattia mentale", è un manifesto che testimonia un profondo dissenso per le anti-psichiatrie che, pur annoverando fra i propri cultori animi buoni e generosi, riducono la malattia mentale al nulla, scordando che la 'malattia' non ha niente a che fare con il male, con il peccato e con la colpa. Gli è, piuttosto, che la malattia mentale è una 'malattia' spiegabile per la propria natura ma al tempo stesso comprensibile in quanto permette di cogliere il destino drammatico a cui il malato è votato. La questione delle anti-psichiatrie era stata al centro di molteplici riflessioni che, raccolte qualche anno innanzi nell'"*Evolution Psychiatrique*", avevano visto accanto ad H. Ey (18) numerosi psichiatri di differente estrazione. L'anti-psichiatria, osserva H. Ey, può essere giustifica-

bile solo in quanto contesta le cattive pratiche psichiatriche ma quando contesta la natura stessa della malattia mentale assume toni ideologici non condivisibili. Per combattere l'anti-psichiatria – si tratta del compito dell' 'anti-antipsichiatria' - bisogna, però, delimitare, innanzi tutto, il campo della psichiatria che deve occuparsi della sola malattia mentale, intesa come una disorganizzazione di quelle funzioni psichiche che garantiscono all'uomo sia il sentimento della propria unità che l'autonomia nell'orientamento dell'esistenza. In brevi parole, le argomentazioni antipsichiatriche, ad avviso di H. Ey, hanno un senso solo in quanto invitano a prendere le distanze dal meccanicismo della psichiatria ottocentesca, con la repressione asilare che comportava, ma non va condiviso il culto dell'irrazionale che per lo più le connota scordando che la malattia mentale altro non è che un evento naturale che limita la libertà. Del resto, è pura illusione – incalza H. Ey – ritenere che la malattia mentale non sia un fenomeno naturale, ma sia invece l'espressione di un evento soprannaturale o semplicemente culturale.

Per come si possa intendere nel suo pensiero il rapporto fra natura e cultura, questione di fondamentale rilevanza per mettere a fuoco il concetto di malattia mentale, è illuminante la monografia *Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie* prontamente tradotta in italiano con un titolo che ben ne chiarisce l'ambito: *La teoria organo-dinamica della malattia mentale* (19). Questo saggio contiene la monografia edita nel '38 con Julien Rouart accompagnata da un doveroso commento che, a qualche anno di distanza, ne rilancia il messaggio. Nella Prefazione introduttiva alla ristampa H. Ey rende esplicito l'intento de "strappare la psichiatria al 'meccanicismo' che la irrigidiva e allo 'psicodinamismo' che la volatilizzava" per proporre un modello che superi ogni dualismo – il dualismo fra fisico e morale – facendo riferimento ad un disegno teorico coerente di cui in psichiatria si avverte la mancanza. Ed è a questo proposito che s'impone il rimando a Hughlings Jackson che, stimolato dal pensiero di Spencer e di Darwin, ha elaborato un modello di evoluzione e dissoluzione delle funzioni nervose ricordando ai neurologi che esiste una psicopatologia ed agli psichiatri che c'è un cervello. A Jackson si deve il principio dell'evoluzione delle funzioni con la gerarchia che le connota e si deve anche la distinzione tra segni negativi e positivi. In questa concezione le dissoluzioni uniformi delle funzioni psichiche costituiscono l'oggetto vero e proprio della psichiatria. Guardando al vitalismo organo-dinamico dell'Ey non si può poi dimenticare che la natura dell'uomo – la natura umana – ha per complemento la cultura che, con complessi e mutevoli messaggi, plasma la realizzazione della sua individualità. L'insieme delle funzioni psichiche che orientano l'esistenza riflette, del resto, "il movimento stesso di una evoluzione creatrice" nel senso di Bergson, un filosofo molto apprezzato dello psichiatra di Bonneval. In breve,

con l'organo-dinamismo H. Ey intende proporre "una nuova e rigorosa concezione dinamica della psichiatria, una terza via tra il meccanicismo del XIX secolo e la psicodinamica del XX". La elaborazione di questa proposta ha una lunga gestazione che risale al dissenso nei confronti di ogni dualismo. Ed è a questo livello dove l'impegno per la ricerca storica assume i toni più partecipati, valorizzando tutti quegli aspetti e motivi su cui Jaspers (20) aveva richiamato l'attenzione.

Naissance de la médecine (21), per quanto postumo, è il saggio che svela nella forma più esplicita l'interesse dell'Ey per la storia. Il saggio in parola costituisce, infatti, la prima parte di un ampio trattato – *La Storia della Psichiatria nella Storia della Medicina* – che aveva in animo di scrivere come racconta Henri Maurel, il curatore dell'edizione postuma. Osserva H. Ey, in *Naissance de la médecine*, come nelle società primitive, dominate dalla struttura dell'inconscio e dal pensiero magico, difficilmente affiori il concetto di malattia quale evento naturale che investe il corpo. Bisogna, infatti, aspettare l'avvento dell'ippocratismo perché l'idea di natura entri nella concezione dell'uomo e della sua malattia. Ma con questa interpretazione che distingue la malattia dal male – commenta H. Ey – si fronteggiano due concezioni da cui esce un conflitto fra filosofia della natura e metafisica magico-mitologica. Si tratta di tendenze con cui la storia della medicina dove costantemente misurarsi nel tentativo di elaborare una sintesi che componga le contraddizioni ed è quanto si realizza nel modello organo-dinamico. Per venire all'Età Moderna che in Cartesio ha avuto un pensatore di grande rilievo - e non solo per il mondo culturale francese - H. Ey ne sottolinea il radicale dualismo. Cartesio aveva, infatti, distinto la *res cogitans* dalla *res externa* postulando l'incontro dell'anima con il corpo in quell'organo impari che è la pineale (22); unita al corpo l'anima poi può agire ma anche patire con il corpo (23). Ed al proposito nota Vartanian (24) che questo dualismo se, da una parte, ha dato qualche fondamento all'idealismo ha però avuto la paradossale conseguenza di aprire la strada al monismo naturalistico di non pochi medici: esemplare, al proposito, la posizione di un medico-filosofo quale La Mettrie che insistendo, alla maniera di Cartesio (25), nell'interpretazione meccanicista dal corpo ha portato ad una definizione materialistica dell'anima stessa. In ogni modo, fra '700 e '800, quando prende forma la psichiatria specialistica un ruolo centrale viene riconosciuto a Pinel (26): figura complessa, quanto mai attento alla compromissione somatica che connota la malattia mentale ma aperto, nel contempo, alle pratiche della terapia morale facendo leva sulla parte sana presente in ogni malato. In Pinel risulterebbe pertanto composto quel conflitto fra fisico e morale che, ancora una volta, dilanerà la psichiatria ottocentesca: da una parte le concezioni morali della psichiatria romantica, con lo spiritualismo di alienisti quale Heinroth ed Ideler, e dall'altra

quelle prospettive materialiste e meccaniciste tipiche della medicina mentale dell'ultimo Ottocento e del primo Novecento.

Con vibranti copi d'ala, confrontando l'osservazione clinica con la speculazione filosofica e con la riflessione storica, H. Ey intende superare ogni riduttivismo con il modello organo-dinamico: lo orientano, come si è ricordato, il vitalismo di Bergson ma anche la filosofia hegeliana che invita a volgere lo sguardo al divenire in tutta la sua complessità. Il modello organo-dinamico è, infatti, l'espressione di un'antropologia dove si guarda all'organismo tenendo conto del divenire, in ogni aspetto, passando dall'ordine della vitalità a quello dell'umanità che reclama un'attenta riflessione sull'esistenza (27). Per H. Ey è, comunque, essenziale che lo psichiatra aderisca con consapevolezza ad un coerente modello antropologico evitando sia il meccanicismo che lo spiritualismo; si tratta di una puntualizzazione rilevante che, riconoscendo la realtà della malattia mentale, invita a superare ogni riduttivismo. Il disegno dottrinale di H. Ey, con l'accesa militanza con cui l'ha costantemente sostenuto, ha avuto palese e differente risonanza sia in ambito storico-psichiatrico che in ambito clinico.

In Francia, lo ricorda non solo Minkowski (28), che faceva parte dello stesso gruppo de "L'Evolution Psychiatrique" (29), ma anche Jean Delay (30) che, in un saggio del '56, ne sintetizza il pensiero. In Germania, Mayer-Gross (31) sottolinea come H. Ey abbia movimentato la dottrina di Bleuler introducendovi i concetti di Jackson. D'altra parte, nel *Trattato di psichiatria* di Henderson e Gillespie (32), redatto nella lingua di Jackson ma elettivamente attento ai problemi sociali, ad H. Ey non si fa cenno. La psichiatria inglese, come rileva Berrios (33), è stata, infatti, poco attenta all'impegno teorico di questo Maestro. In Italia il nome dello psichiatra francese ricorre nella bibliografia dei principali trattati del secondo '900, da quello di Bini e Bazzi (34) fino alle monumentali opere enciclopediche dell'ultimo decennio del secolo; nel *Trattato* (35) curato da Pancheri e Cassano, un'opera dalla complessa articolazione editoriale, H. Ey è per lo più designato come capo-scuola della psichiatria francese, mentre nella *Psichiatria* (36) di Cazzullo si fa cenno anche alle complesse sfumature che, in tema di delirio, permettono di differenziarne il pensiero rispetto alla "semeiologia psicopatologica tedesca". Più attenti al modello organo-dinamico nel suo insieme sono piuttosto i trattati di Rossini del 1969 e quello di Disertori e Piazza dell'anno successivo. Rossini (37) espone chiaramente e dettagliatamente il pensiero di H. Ey ricordando come, ispirandosi alle teorie di J. H. Jackson, intenda l'infermità mentale come una dissoluzione di funzioni progressivamente acquisite nel corso dello sviluppo sia individuale che filogenetico. Rossini, tuttavia, non si limita ad elencare i motivi nodali dell'organo-dinamismo ma, proprio facendo riferimento ad H. Ey e Brisset, raccomanda di

evitare quelle posizioni radicali che mirano ad “interpretare tutta la psichiatria secondo una esclusiva prospettiva sociologica attribuendo una specie di onnipotenza alla cultura, lasciando completamente da parte i fattori organici e genetici, e quelli relativi alla organizzazione e alla strutturazione dell’ Io, della coscienza e della personalità”. Raccomandazione quanto mai opportuna in quanto negli anni in cui Rossini scrive la contestazione sessantottina è in pieno sviluppo mentre la contestazione psichiatrica matura alla sua ombra. Differente, rispetto a Rossini, la posizione di Disertori e Piazza (38) che scrivono da Trento, sede di una facoltà sociologica. Disertori e Piazza esprimono, infatti, le proprie perplessità in merito alla teoria organo-dinamica dell’Ey in quanto nella patogenesi della malattia si “nega alla psicogenesi qualsiasi valore di causa determinante”. Ed ancora, sembra esservi qualche contraddizione, a loro avviso, nel pensiero dello psichiatra francese in quanto, mentre si dichiara vitalista e parla di libertà coartata dalla malattia mentale, postula un’origine somatogenica per ogni fatto psicopatologico. Ma – si può notare – la presenza di una compromissione somatica non esclude, di per sé, la rilevanza patogenetica dell’ambiente sociale né delle esperienze di vita; fra la predisposizione, più o meno marcata, ed il traguardo tragico di una compromissione somatica vi è, infatti, la vita, la vita vissuta. Il contributo di H. Ey è stato innegabilmente significativo suscitando le risonanze più vive soprattutto lungo gli anni ’60 e ’70 del passato secolo quando la psichiatria e gli psichiatri attraversavano una palese crisi d’identità dovuta a tanti motivi: non ultimo al carattere obsoleto delle strutture asilari garantite da norme che avevano fatto il loro tempo. Questione su cui Valeriani (39) ha, di recente, richiamato l’attenzione.

Se H. Ey si è molto occupato di storia, di storia della psichiatria, anche gli storici si sono occupati di H. Ey. Werner Leibbrand e Annemarie Wettley (40) sottolineano gli originali rimandi a Jackson ed altrettanto fa Pélicier (41); Michel Collée e Claude Quérel (42) oltre a ribadire il Jacksonismo ne mettono a fuoco l’impegno in ambito teorico facendo particolare riferimento proprio alla ricerca storica che lo ha ininterrottamente impegnato. Ed anche Erwin H. Ackerknecht (43) ne valorizza l’impegno storiografico. Alexander e Selesnick (44) nella loro originale *Storia della psichiatria* completano il profilo ricordando il rapporto con la filosofia esistenzialista.

Ma per dire dell’attento interesse di H. Ey per la storia è indispensabile qualche cenno agli scritti e all’opera di Michel Foucault, un *maître-à-penser* dalle posizioni per lo più radicali come quando ha difeso la rivoluzione iraniana degli ayatollah (45). Foucault si è a lungo occupato di storia della medicina e soprattutto di storia della psichiatria. Alla storia della medicina ha dedicato la *Nascita della clinica* (46) dove si analizzano i complessi rimandi che legano la medicina alla politica ed alla mutevolezza degli ideali sociali dominanti: suggestive le

riflessioni sulla polemica anti-ospedaliera negli anni della Grande Rivoluzione ed altrettanto stimolanti le riflessioni sulla morte e sulla sua rilevanza in merito alla nascita della clinica contemporanea. Ma è la storia della psichiatria ad essere al centro delle sue ricerche. In una breve monografia, edita per la prima volta nel 1954, Foucault chiarisce di aver ritenuto opportuno elaborare un approccio storico e psicologico alla follia trascurando, di proposito, le argomentazioni fisiologiche, anatomo-patologiche e terapeutiche. È l’orientamento che lo guiderà nell’elaborazione della celebre *Storia della follia* (48) ma che comporta un’inevitabile confusione fra malattia mentale e follia, quale paradigma di estraneità e dissenso nei confronti del mondo dove si vive. La *Storia della follia* è un lungo saggio, scritto assai bene con suggestive escursioni letterarie, sui meccanismi che hanno portato all’esclusione della follia dal mondo della vita sociale: un lungo percorso che va dal tempo dei lebbrosari alla nascita del manicomio. L’impostazione palesemente estranea – e, forse, ostile – ad una storia del pensiero medico non ha mancato di suscitare perplessità e dissensi nel mondo degli psichiatri e della psichiatria ed H. Ey si rende interprete di questo disagio organizzando un incontro dedicato proprio alla *Storia della follia* dove peraltro Foucault, per quanto invitato, non sarà presente (49). Nell’occasione l’opera di Foucault è analizzata dai più diversi punti di vista rilevandone gli aspetti positivi ma anche i limiti d’impostazione. H. Ey (50), comunque, fa notare come proprio nel tempo preso in esame da Foucault la follia sia diventata oggetto di ricerca naturalistica chiarendo pertanto ciò che interessa la malattia e ciò che invece riguarda il sacro, il mitico ed il poetico con palese vantaggio della dignità umana; e commenta, al proposito, come sia un triste privilegio quello di confondere la demenza con la ragione, il sogno con l’esistenza, l’errore con la verità, l’alienazione con la libertà. Ma, al di là di tanti dissensi, H. Ey (51) ringrazia Foucault per il suo coraggio intellettuale che ha invitato a riflettere sui limiti che devono circoscrivere la pratica psichiatrica che deve avere come proprio oggetto la sola malattia mentale.

Per concludere, quella di H. Ey è stata la vita di un clinico puntigliosamente impegnato nel comunicare il proprio sapere come testimoniano non solo il fortunato manuale di psichiatria (52), più volte edito, ma anche il monumentale *Traité des hallucinations* (53). Ma H. Ey è stato altrettanto impegnato nella lotta contro il dualismo, contro gli approcci ora meccanicisti ed ora meramente spiritualisti alla malattia mentale. Se le motivazioni per tante battaglie sono andate svaporando con il passare degli anni resta, peraltro, sempre attuale l’invito rivolto ad ogni psichiatra di non scordare di riflettere in merito al modello antropologico che lo deve guidare ed orientare nella pratica clinica. Ed infine, non si può dimenticare che H. Ey è stato intensamente impegnato non solo in merito all’elaborazione di un coerente profilo dottrinale della me-

dicina mentale ma lo è stato anche in termini concreti nell'indicare quale deve essere la formazione degli psichiatri e l'ambito operativo della psichiatria che ritiene l'ala più avanzata della medicina. Fondamentale, per suo conto, è la distinzione fra psichiatria e neurologia ma senza giungere ad una separazione radicale fra le due discipline; ed ancora è opportuno che la psicoterapia in generale e la psicoanalisi in particolare siano integrate non solo nell'ambito della psichiatria ma anche in quello della medicina per ottenere da questa incorporazione l'impulso dinamico che è necessario per una corretta ed incisiva pratica professionale (54). Si tratta di linee di indirizzo elaborate nei lontani anni '60 del Novecento ma che rivelano ancor oggi un'indiscussa attualità anche se la formazione psicoterapica in medicina, funzionale ad un corretto rapporto medico-paziente, reclama un difficile percorso.

*Psichiatria, L.D. Storia della Medicina.

Richiami bibliografici

1. AA. VV., *Hommage a Henri Ey*, "L'Evolution Psychiatrique", XLII – fasc.III (1977).
2. AA. VV., *La psychiatrie française a l'époque romantique*, "Perspectives Psychiatriques", 65 (1978).
3. Ch. Brisset, P. Bernard, *Henry Ey (1900-1977)*, "La Nouvelle Presse médicale", 7, n. 1, 7 janvier (1978), p. 54.
4. P. Morel, *Ey Henri (1900-1977)*, in *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, ed. J. Postel et C. Quételet, Toulouse, Privat, 1983, p. 622.
5. F. Bohard, *Du côté de Bonneval*, "L'Evolution Psychiatrique", XLII (1977), pp. 611-616.
6. J. Losserand, *Les paradoxes de la vérité*, "L'Evolution Psychiatrique", XLII (1977), pp. 617-625.
7. H. Sztulman, *Liberté et psychiatrie*, "L'Evolution Psychiatrique", XLII (1977), pp. 657-666.
8. G. Reda, *Psychiatrie et liberté*, "L'Evolution Psychiatrique", XLII (1977), pp.915-923.
9. J. Wyrsh, "La liberté de l'âme me manque". *Sur la conscience du sentiment de la liberté chez les schizophrènes*, "L'Evolution Psychiatrique", XLII (1977), pp. 845-849.
10. K. P. Kisker, *Antipsychiatrie. Epilogue critique*, "L'Evolution Psychiatrique", XLII (1977), pp. 1063-1082.
11. A. F. Zoïla, *L'organo-dynamisme et la temporalité*, "L'Evolution Psychiatrique", XLII (1977), pp. 669-680.
12. F. A. Jenner et J. Damos Mora, *Jackson, Freud et Henri Ey*, "L'Evolution Psychiatriques", XLII (1977), pp. 681-684.
13. G. E. Berrios, *Henry Ey, Jackson et les idées obsédantes*, "L'Evolution Psychiatrique", XLII (1977), pp. 685-699.
14. H. Ey, *La notion de schizophrénie*. Séminaire de Thuir. Février-Juin 1975, Alençon, Desclée de Brouwer, 1977.
15. H. Ey, *Défense e illustration de la psychiatrie. La réalité de la maladie mentale*, Paris, Masson, 1977.
16. H. Ey, *Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie*, Toulouse, Privat, 1975.
17. H. Ey, *Naissance de la médecine*, ed. H. Maurel, Paris, Masson, 1981.
18. H. Ey, *L'anti-antipsychiatrie ou les progrès de la science psychiatrique*, "L'Evolution Psychiatrique", XXXVII, I (1972), pp. 49-67.
19. H. Ey, *La teoria organodinamica della malattia mentale*, trad. A. Menzio, Roma, Astrolabio, 1977, pp. 7, 184, 186.
20. K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, trad. R. Priori, Roma, Il "Pensiero Scientifico" Editore, 1964, pp. 758 e seg.
21. H. Ey, *Naissance de la médecine*, cit., pp. V-VII, 28, 163, 225.
22. R. Descartes, *Le passioni dell'anima*, Art. 31, sta con *Lettere sulla morale. Con un'appendice di frammenti giovanili*, a cura di E. Garin, Bari, Laterza, 1966, p. 22.
23. R. Descartes, *Lettere sulla morale*, cit., A Elisabetta (21 maggio 1643), p. 121.
24. A. Vartanian, *Diderot e Descartes*, trad. G. Garritano, Milano, Feltrinelli, 1956, pp. 19, 211, 220.
25. R. Descartes, *L'uomo*, a cura di G. Cantelli, Torino, Boringhieri, 1960, pp. 37, 52-53.
26. L. Bonuzzi, *Pinel psichiatra della libertà*, "Acta Medicae Historiae Patavina", XXII (1975-1976), pp. 37-44; L. Bonuzzi, G. Ciccarelli, *La storiografia medica di Ph. Pinel (Un discorso sul metodo)*, "Acta Medicae Historiae Patavina", XXII (1975-1976), pp. 45-64; L. Bonuzzi, F. Nosè, *La funzione dell'ospedale nell'ideologia medica di Ph. Pinel*, "Acta Medicae Historiae Patavina", XXII (1975-1976), pp. 65-81; G. Swain, *Le sujet de la folie, naissance de la psychiatrie*, Toulouse, Privat, 1977; H. Ey, *La notion de 'maladie morale' ed de 'traitement moral' dans la psychiatrie française et allemande du début du XIX siècle*, "Perspectives Psychiatriques", 65 (1978), pp. 12-36.
27. H. Ey, *Études psychiatriques. Historique – Méthodologie – Psychopathologie Générale*, Paris, Desclée De Brouwer, 1952, I, pp. 44, 157
28. E. Minkowski, *Traité de psychopathologie*, Paris, Presses Universitaires de France, 1966, p. 59.
29. E. Minkowski, *Il tempo vissuto. Fenomenologia e psicopatologia*, Prefazione di E. Paci, trad. G. Terzian, Torino, Einaudi, 1971, p. XVII.
30. J. Delay, *Aspects de la psychiatrie moderne*, Paris, Presses Universitaires de France, 1956, p. 73.
31. W. Mayer-Gross, E. Slater, M. Roth, *Psichiatria clinica*, trad. G. Bonfiglio e A. Giordano, Firenze, Sansoni, 1959, p. 21.
32. D. K. Henderson, R. D. Gillespie, *Trattato di psichiatria*, ed. it. a cura di C. L. Cazzullo, Roma, Società Editrice 'Universo', 1972, (X ed. americana).
33. G. E. Berrios, *Henry Ey, Jackson et les idées obsédantes*, "L'Evolution Psychiatrique", XLII, III/2 (1977), pp. 865-699.
34. L. Bini, T. Bazzi, *Trattato di psichiatria*, Milano, Vallardi, 1954-1967, vol. I, p. 292; vol. II, parte I, p.680.
35. *Trattato italiano di psichiatria*, a cura di P. Pancheri e G. B. Cassano, Milano, Masson, 1993.
36. *Psichiatria*, a cura di C. Cazzullo, Roma, Micarelli Editore, 1993, vol. II, p. 960.
37. R. Rossini, *Trattato di psichiatria*, Rocca San Casciano, Cappelli, 1969, pp. 16-17, 238.
38. B. Disertori, M. Piazza, *Trattato di psichiatria e socio-psichiatria*, Padova, Liviana Editrice, 1970, pp. 209, 568.
39. F. Valeriani, *La Psichiatria si interroga 40 dopo la Legge 180: fu riforma o rivoluzione?*, "l'altro", 1 (2018), pp. 1-3.
40. W. Leibbrand, A. Wettley, *Der Wahnsinn. Geschichte der abendländischen Psychopathologie*, Freiburg / München, Verlag Karl Alber, 1961, p. 609.
41. Y. Pélicier, *Histoire de la psychiatrie*, Paris, Presses Universitaires de France, 1971, p. 117.
42. M. Collée et C. Quételet, *Histoire des maladies mentales*, Paris, Presses Universitaires de France, 1987, p. 122.
43. E. H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, ed. M. Conci, Bolsena (VT), Massari Editore, 1999, p. 100.
44. F. G. Alexander, S. T. Selesnick, *Histoire de la psychiatrie*, trad. G. Allers, J. Carré et A. Rault, Paris, Librairie Armand Colin, 1972, p. 393.
45. D. Fertilio, *Prima esaltò gli ayatollah, poi si chiuse nel silenzio*, "Corriere della Sera", 15 giugno 2005, p. 29.
46. M. Foucault, *Nascita della clinica*, a cura di A. Fontana, Torino, Einaudi, 1969.
47. M. Foucault, *Maladie mentale et psychologie*, Paris, Presses Universitaires de France, 1966, p. 102.
48. M. Foucault, *Storia della follia*, trad. F. Ferrucci, Milano, Rizzoli, 1963.
49. H. Ey, *La conception idéologique de "L'histoire de la folie" de Michel Foucault*, (Journées annuelles de l'Evolution Psychiatrique, Toulouse, 6-7 Décembre 1969), "L'Evolution Psychiatrique", XXXVI, II, (1971), pp. 225-226.
50. H. Ey, *Commentaires critiques sur "L'Histoire de la Folie" de Michel Foucault*, "L'Evolution Psychiatrique", XXXVI, II, (1971), pp. 243, 258.
51. H. Ey, *Intervention*, "L'Evolution Psychiatrique", XXXVI, II (1971), pp. 295-298.
52. H. Ey, P. Bernard, Ch. Brisset, *Manuel de psychiatrie*, Paris, Masson, 1974.
53. H. Ey, *Traité des hallucinations*, Paris, Masson, 1973.
54. H. Ey, *Plan d'organisation du champ de la psychiatrie*, "Entretiens Psychiatriques", 12 (1966), pp. 13-86.

Possessioni e malattie psichiche: quale discernimento?

RIASSUNTO

Disagio spirituale o disturbo mentale? Possessione demoniaca o schizofrenia?

Il significato del termine possessione è connesso all'idea che la malattia, fisica, ma, soprattutto mentale, sia causata dall'intrusione nel corpo dell'individuo di

uno spirito. Questa concezione è propria di tutti i popoli e di tutti i tempi ed è intimamente connessa al substrato culturale delle singole comunità umane. Lo stesso DSM-5 ammette la possibilità che molte forme di possessione siano culturalmente determinate e quindi da considerarsi normali in un certo contesto sociale. Resta aperto il problema del discernimento tra le possessioni da trattare con un esorcismo e disturbo psichiatrico da curare con psicofarmaci. Gli indubbi risultati conseguiti in alcuni casi dagli esorcisti inducono ad auspicare una maggiore collaborazione tra sacerdoti e psichiatri per personalizzare al meglio la cura dei soggetti vittima di un'esperienza così dolorosa come la possessione.

PAROLE CHIAVE: possessione demoniaca, delirio, scissione, esorcisti, isteria, dissociazione, occultismo

SUMMARY

Spiritual distress or mental disorder? Demonic possession or schizophrenia? The meaning of the term possession is connected to the idea that physical, but, above all mental, is caused by the intrusion into the individual's body of a spirit. This conception is proper to all peoples and all times and is intimately connected to the cultural substratum of individual human communities. DSM-5 itself admits the possibility that many forms of possession are culturally determined and therefore to be considered normal in a certain social context. The problem of discernment between the possessions to be treated with an exorcism and psychiatric disorder to be treated with psychotropic drugs remains open. The undoubted results achieved in some cases by exorcists lead us to hope for greater collaboration between priests and psychiatrists to better personalize the care of subjects who are victims of such a painful experience as possession.

KEYWORDS: demonic possession, delirium, splitting, exorcists, hysteria, dissociation, occultism

Il 6 gennaio 2020, nell'omelia della messa per la Solennità dell'Epifania e nell'Angelus, Papa Francesco ha messo in guardia da quanti promettono «*falsi idoli traditori (denaro, potere, successo), come i maghi, i cartomanti, i fattucchieri*» e ha avvertito che «*gli idoli ci legano a sé, ci fanno idoli-dipendenti e noi ci impossessiamo di loro*».

Sono tredici milioni gli italiani che si rivolgono a maghi, cartomanti, guaritori. L'Occidente secolarizzato e ateo si lascia manipolare da santoni, guru, veggenti e professionisti del marketing del sacro. Senza difese. Una resa incondizionata all'astuzia di chi vende la fede light e il paradiso in terra.

Nel fiorente supermarket globalizzato delle false credenze, si finisce nel mondo dell'occulto anche attraverso canali apparentemente innocui come le tendenze New Age, i culti "fai da te".

Come sottolinea don Aldo Buonaiuto (Servizio anti-sette della Comunità Papa Giovanni XXIII), i potenziali adepti

sono contesi in Rete dalle mille sigle delle false credenze religiose.

Un mercato che riannoda i fili dei **misteriosi rapporti tra occultismo, musica e messaggi veicolati attraverso mezzi di comunicazione, film, web**. Ci si difende dal diavolo, onde evitare di essere colpiti da quei mali provenienti da una sua possessione o da una sua vessazione, evitando di aprire certe finestre che consentono a lui di entrare nella sfera della nostra vita. Tali finestre possono essere:

- [1] l'adesione a sette sataniche;
- [2] la partecipazione a riti satanici, in particolare alle cosiddette "messe nere";
- [3] una propria consacrazione a satana, un patto fatto con lui;
- [4] la partecipazione a sedute spiritiche;
- [5] il ricorso a maghi, chiromanti, fattucchieri, cartomanti etc.;
- [6] l'ascolto di rock satanico.

Il diavolo «esiste davvero», assicura Papa Francesco che, più volte, nella messa mattutina di Santa Marta, ha ripetuto che il male è reale, tangibile. «A questa generazione hanno fatto credere che il diavolo fosse un mito, una figura, un'idea, l'idea del male», aveva detto il Pontefice il 30 ottobre 2014. «Ma il diavolo esiste e noi dobbiamo lottare contro di lui».

Una presenza reale che lavora dietro le quinte, insomma. Jorge Mario Bergoglio lo ha descritto con termini precisi: «È il bugiardo, il padre dei bugiardi, il padre della menzogna, e un seminatore di zizzania, fa litigare, induce nell'errore grave». «Il diavolo non ci butta addosso fiori, ma frecce infuocate, per ucciderci».

Per questo Papa Francesco esorta a *«prendere l'elmo della salvezza e la spada dello Spirito che è la Parola di Dio»*. L'antidoto è chiaro per il Papa: *«La fede e la consapevolezza che la vita cristiana sia una milizia, una lotta: si deve combattere, non è un semplice scontro, è un combattimento continuo»*.

Il percorso più comune dei giovani reclutati da culti orientali è stato dal marxismo all'esoterismo.

A metà Ottocento, il poeta francese Charles Baudelaire sosteneva che «la più grande astuzia del diavolo è farci credere che non esiste». Nel 1953, lo scrittore cattolico Giovanni Papini argomentò che «l'ultima astuzia del diavolo fu quella di spargere la voce della sua morte». Una convinzione condivisa dal collega agnostico Andre Gide: «Non credo nel diavolo. Ma è proprio quello che il diavolo spera, che non si creda in lui». Spesso si abbina la parola "setta" al satanismo e si pensa sia solo una questione antireligiosa. E invece non tutte le sette sono sataniche, ma tutte sono diaboliche, perché separano l'individuo da se stesso, dal suo ambiente vitale, dai suoi cari, dalla vita, dal lavoro.

«Dietro la trappola delle sette ci sono criminali che si befano dello Stato, guru che si approfittano della solitudine, della debolezza, del bisogno, della sofferenza», osserva don Buonaiuto.

«E ci sono vittime, usate e gettate, plagiate. Un mondo invisibile costituito da persone non ascoltate, che si nascondono, che si vergognano, sole e isolate anche dalle istituzioni, derise e umiliate. Terreno ideale di caccia per il maligno».

Il **postmoderno** rappresenta una variante debole del moderno e non si può nemmeno definire il superamento dello stesso, ma il suo frutto nichilistico.

Questo nuovo tipo di uomo moderno ha assunto alcune **caratteristiche narcisistiche, edonistiche, ludiche, audiovisive e consumistiche**.

Assistiamo alla frantumazione del sapere scientifico, al crollo del sapere filosofico, all'avvento del nichilismo che in sostanza significa che Dio è morto, per giungere poi alla fine delle grandi narrazioni. Oggi siamo all'alba della nascita di un uomo che non vive nella storia e che non è attaccato alle proprie tradizioni e al suo luogo di

origine.

L'umanità vive in una **società del vuoto** che ha per oggetto il consumo apatico con tendenza al superfluo. Il consumismo non è orientato al Dio ma al sé di Narciso.

L'ingresso nel nuovo mondo è accompagnato dal timore dell'umanità nei confronti dell'ignoto: **da Homo Sapiens a Homo Timens**. Ha paura di saltare nel vuoto perché non riesce a vedere cosa c'è dall'altra parte.

E' come un bambino che piange quando esce dal ventre della madre perché non sa cosa troverà fuori; la paura è grande, ma poi rimane sorpreso e una volta fuori scopre che il mondo è un luogo incredibilmente bello.

In presenza di segni di possessione demoniaca, nel sospetto, nella certezza o in un moto di disperazione, circa 500 mila italiani ogni anno, secondo l'Associazione italiana psicologi e psichiatri cattolici, si rivolgono a un esorcista, pur non essendo nella maggior parte necessario: non è facile individuare il confine fra malattia psichiatrica e possessione.

Il 65% è composto da donne di livello culturale medio-basso, provenienti dalle Regioni del Centro-Sud; 20 su 100 sono minorenni: tutte fasce della popolazione più deboli.

La Chiesa *suggerisce* che, prima di arrivare all'esorcismo, la persona che teme di essere posseduta dal demonio, debba effettuare visite mediche.

Vanno anche valutati gli **indizi** che rivelano la presenza del demonio in una persona:

- forza sovrumana,
- parlare lingue sconosciute,
- rivelazione di notizie segrete o di episodi lontani nel tempo e nello spazio,
- reazioni violente contro tutti i simboli sacri,
- la mancata risposta del soggetto alle terapie psichiatriche.

Tra i **problemi** delle persone che contattano gli esorcisti, notiamo una presenza frequente e numerosa dei seguenti casi:

- difficoltà di socializzazione, senso di vuoto, solitudine e colpa, perdita di significato della vita (sintomi presenti anche nei casi di depressione);
- problemi matrimoniali (di ordine sessuale, crisi nel rapporto, tradimento e perdita dell'affettività) o familiari (conflitti con i parenti o con amici e persone prossime);
- persone lasciate dai loro compagni;
- problemi economici;
- partecipazione a riti magico-occultisti e satanici,
- testimonianza o percezione di fenomeni paranormali,
- sfortuna in qualche situazione della vita che non trova una spiegazione chiara.

Nella consapevolezza dei limiti costitutivi della scienza psichiatrica, non ci si può prefiggere certamente il compito di formulare una teoria esplicativa della possessione, ma è possibile presentare una descrizione **fenomenolo-**

gica dei possibili *percorsi psicologici, antropologici e culturali* di una manifestazione che non è esclusiva del mondo cristiano.

Esistono infatti diverse forme di possessione, presenti nelle religioni africane, orientali, sciamanistiche, indigene.

Se la **teologia** la interpreta come un reale caso di diretto intervento del diavolo, la **psicoanalisi**, già dai tempi di Sigmund Freud, tende a interpretarla il più delle volte come una manifestazione di **isteria**, oppure come un altro tipo di disagio psicologico.

Esorcismo e possessione sono temi delicati per la Chiesa Cattolica, come pure per i ricercatori che non possono effettuare alcun tipo di registrazione.

La Medicina moderna è saldamente ancorata ai principi EBM cioè dell' **Evidence Based Medicine**, per cui risulterebbe del tutto *impossibile costruire un'ipotesi scientifica di un fenomeno la cui base etiologica è esclusivamente compresa da un atto di fede.*

Diagnosi (dal greco) significa "riconoscimento, **discernimento**, distinzione, valutazione, decisione". Ippocrate (V sec. a.C.) usava questo termine già col significato attuale inteso a definire quadri di malattia a partire dalle sofferenze riferite dal paziente e dalle osservazioni del medico per poter impostare il corretto regime terapeutico nei singoli casi.

IL PROBLEMA DELLA DIAGNOSI IN PSICHIATRIA.

In Psichiatria fare diagnosi è più complicato che in altre branche della medicina perché:

- i segni sono relativamente pochi e non sono misurabili con strumenti (rx, esami del sangue ecc.)
- i sintomi talvolta non vengono espressi correttamente dal paziente, quando non tenuti nascosti
- ma, soprattutto, manca la conoscenza delle **CAUSE** della maggior parte dei disturbi psichici.

I **progressi della Medicina**, caratterizzati dalla differenziazione in discipline specialistiche e dalla evoluzione tecnologica in campo chirurgico, laboratoristico e di diagnostica per immagini di fine '800 inizio '900, hanno trovato la Psichiatria in posizione arretrata, non in grado di fruire dei miglioramenti conseguiti sul piano dell'operatività legata agli sviluppi scientifici.

Tali progressi permettevano per la prima volta di legare la rilevazione di costellazioni di segni e sintomi ricorrenti a **validatori esterni**. La polmonite era tale se, oltre alla tosse, alla febbre elevata e alla profonda stanchezza lamentata dal paziente, alle alterazioni nella percussione e auscultazione del torace, si poteva associare la presenza di batteri nell'escreato e un quadro radiologico di opacità a livello di un lobo polmonare.

In un periodo di affermazione del **positivismo** filosofico veniva affermandosi in modo deciso un **modello forte** di **malattia** rappresentato da una causa rilevabile (es. germe), che produce effetti rilevabili sull'organismo (le-

sioni), le quali producono a loro volta alterazioni nel funzionamento psico-somatico (sintomi e segni) e un andamento caratteristico nel tempo (decorso).

Tale modello della *unità morbosa* risultava di facile applicazione alle malattie **acute** di natura **infettiva**. In situazioni, peraltro di sempre più frequente rilevazione, con caratteristiche di **cronicità** e in cui la natura infettiva non era di facile constatazione, tale modello presentava delle carenze, dei buchi da dover tappare.

Ad es. la diagnosi di diabete mellito è fondata non solo sui disturbi accusati dal paziente (aumento della sete, minzione frequente, eccetera) e sulla rilevazione di modificazioni di natura somatica (colorito della pelle) rilevate dal medico, è confermata dal reperto laboratoristico di elevazione della concentrazione di glucosio nel sangue: ebbene è facile dedurre che rimane comunque oscura la causa e difficile l'individuazione di lesioni.

Nella seconda metà del secolo XIX, nell'ambito della nascente Psichiatria, si assiste al fallimento della linea di ricerca rappresentata da Meynert e Westphal, basata sul reperimento di alterazioni dimostrabili nel sistema nervoso centrale, dopo gli eccessivi entusiasmi scatenati sulla scia dei risultati nella neurosifilide e nella demenza alcolica, oltre che negli studi sulla afasia.

Alla Psichiatria di inizio '900 non rimase altro che accantonare l'ambizione di poter perseguire il modello forte di malattia e ripiegare verso **modelli deboli**, che tuttavia potevano trovare la loro validazione nella attenta e scrupolosa *osservazione* di un elevato numero di sofferenti psichici nel contesto ambientale, al tempo stesso standardizzato e artefatto, dell'istituzione manicomiale.

Fondamentale per la formazione di tutti gli Psichiatri del '900 è stata la classificazione di **Emil Kraepelin** che, all'inizio del secolo scorso, in base al decorso e alla sintomatologia ha distinto 2 grandi tipi di psicosi, la **dementia praecox** e la malattia **maniaco-depressiva**.

Successivamente **Jaspers**, con la sua **Fenomenologia**, riuscì a *fondare la psicopatologia come scienza umanistica*, contrapposta alle scienze della natura, basandola su fondamenti quali l'immedesimazione del medico e l'adesione ai vissuti del paziente.

L'ottica fenomenologica consente di esplorare al meglio le esperienze spirituali e la trance. I nostri stati mentali sono sicuramente più numerosi e variegati rispetto alla semplice distinzione tra *veglia, sonno e sogno (sonno paradossale)*. Ad esempio, nel sonno (a onde lente) riconosciamo almeno quattro fasi e la condizione di *veglia* è molto più complessa di quanto si possa immaginare.

Essa è influenzata particolarmente dall'attenzione e si possono individuare stati di coscienza molto differenti rispetto quello ordinario. Una di queste esperienze è sicuramente lo **stato di trance**.

La trance è stata studiata in contesti religiosi, oppure, in maniera molto più diffusa e con tecniche sperimentali, nell'**ipnosi**.

L'ipnosi è uno *stato particolare della coscienza* in cui prevale una condizione di assorbimento interiore, nella quale l'attenzione viene rivolta verso l'interiorità per cui contemporaneamente si riducono l'esplorazione e il controllo dell'ambiente; inoltre possono modificarsi i sistemi percettivi e motori. I soggetti in trance ipnotica sono in grado di vedere cose inesistenti e non vedere cose reali, sono in grado di compiere movimenti automatici (involontari). In genere l'ipnosi si sviluppa all'interno di un particolare contesto comunicativo tra l'ipnotista e l'ipnotizzato (il *rapport*).

La Possessione

Il fenomeno della p. è legato alla credenza, diffusa in tutti i paesi del mondo, nella capacità di entità quali dei, spiriti, geni o antenati di entrare nel corpo di un essere umano. Tale 'invasione' avviene sovente in occasione di una specifica cerimonia cui partecipano i seguaci del culto e rende il posseduto un mediatore tra il mondo divino e quello umano.

La condizione nella quale si trova il posseduto è definita come '**trance**' o '**stato alterato di coscienza**' con conseguenze di tipo dissociativo.

Ha termine quando l'entità si allontana; a questo punto il posseduto torna in sé e, di norma, non ricorda nulla di quanto accaduto. La possessione spirituale è presente in quasi tutte le regioni del mondo. In un'indagine interculturale pubblicata nel 1960, l'antropologa Erika Bourguignon (1968) ha documentato la presenza di possessione istituzionalizzata nel 74% delle società incluse nella ricerca (360 su 488 società).

Gli **stati alterati o non ordinari di coscienza** sono caratterizzati da:

- a) modificazioni del pensiero;
- b) alterazione del concetto temporale;
- c) perdita di controllo sulla coscienza ordinaria;
- d) perdita di inibizioni rispetto alle emozioni;
- e) modificazione dell'immagine del corpo e perdita del limite tra il sé e le sensazioni di trascendenza;
- f) distorsioni percettive;
- g) aumento del significato attribuito alle esperienze che si stanno provando;
- h) esperienze ineffabili difficilmente verbalizzabili;
- i) suggestionabilità particolarmente rilevante nelle trance di possessione o d'invasamento;
- l) difficoltà a rievocare l'esperienza.

La Psichiatria propende, in generale, per considerare questi fenomeni come espressioni di una patologia, interpretandoli, più in particolare, come sindromi di tipo isterico. Alcune prospettive antropologiche accolgono questa spiegazione, riconducendo l'incidenza di tali malattie mentali all'espressione di un disagio sociale: i soggetti socialmente svantaggiati, come per es. le donne, sarebbero più esposti al rischio di contrarre queste patologie, che nelle società tradizionali vengono interpretate in termini di possessione e trattate ritualmente.

In Europa, negli U.S.A. e in Canada i fenomeni di possessione nel **90% dei casi** sono preceduti da **esperienze traumatiche (come ad es. abusi fisici, psicologici e sessuali)** nell'infanzia e/o nell'adolescenza, che vengono quindi a rappresentare importanti fattori di rischio.

La p. è stata spesso interpretata come una *forma di espressione* che permette a soggetti caratterizzati da esclusione sociale (donne, individui marginali) di imporsi all'attenzione del gruppo *secondo modalità culturalmente accettabili*.

Tale chiave interpretativa è stata applicata anche al **tarantismo** pugliese, un fenomeno atipico di p. noto soprattutto attraverso i lavori dell'etnologo Ernesto de Martino. Le tarantolate pugliesi, studiate da E. De Martino e dalla sua équipe pluridisciplinare (che si avvaleva anche di uno psichiatra), presentavano sintomi simili a quelli descritti. L'origine delle crisi, che esse imputavano al morso del ragno, venne dai ricercatori ricondotta alla condizione di profondo disagio che caratterizzava l'esistenza dei soggetti più deboli della società salentina, e in particolare delle donne.

La possessione è interpretata da De Martino (1961) nei termini di una '**crisi della presenza**' individuale: emarginate dal loro ambiente, divenute 'invisibili' sulla scena sociale, alle tarantolate non resta altro modo di esprimere la loro condizione se non attraverso la **trance**, cui la comunità fa fronte con una terapia musicale mirante a una **risocializzazione** della paziente.

La sofferenza psicologica prende così la forma della possessione, interpretata, in questa ottica, come l'espressione di un diffuso malessere sociale. In **etnologia**, *culti di p.* sono le pratiche rituali caratteristiche delle cosiddette religioni estatiche (sciamanesimo, vodù, zar), che mediante la ripetizione ossessiva di passi di danza (più raramente con ingestione di erbe o bevande) inducono al parossismo, ritenuto segno dell'ingresso di uno spirito nel corpo del fedele che lo invoca per propiziarsene la protezione e, più spesso, la liberazione dal male o la guarigione.

Occorre però sottolineare che i fenomeni di p. possono avere funzioni assai diverse, costituendo talvolta il sistema culturale dei gruppi dominanti. Tra le forme più studiate di p. vanno annoverate il **candomblé** e la **macumba** brasiliani, il **vudu** haitiano, la **santería** cubana, il **bori** degli Hausa (Nigeria), lo **zar** etiopico e somalo, lo **ndoep wolof** (Senegal), il **jiné-don** del Mali.

I casi di possessione «certificata» dalla Chiesa cattolica non sono frequenti, ma stanno crescendo man mano che l'uomo e la società si allontanano da Dio.

Come identificarli?

Tra i **segni** più evidenti c'è la «pupilla dilatata eccessivamente che non si chiude se si punta una luce diretta»; o l'arrossamento della «sclera dell'occhio», come per una congiuntivite; la voce che diventa roca e baritonale (anche se è una donna a parlare); una forza straordinaria «al di là

delle possibilità fisiche della persona»; un rifiuto violento degli oggetti o di immagini sacre; l'uso di lingue sconosciute; la «conoscenza di cose occulte». E la persona «sotto attacco» del demonio, può «cambiare repentinamente di umore». Quando di fronte a mutamenti irrazionali di comportamento «si prega mentalmente invocando l'aiuto di Maria o di san Michele Arcangelo, e la persona reagisce ancora più violentemente, o dopo pochi minuti si calma, oppure con voce roca e rabbiosa ci urla di tacere», ci si può trovare davanti «a un problema spirituale e non psichiatrico».

L'esorcista si rifà alle indicazioni del *De Exorcismis et Supplicationibus Quibusdam (DESQ)*, anche se il sacerdote conserva una certa libertà nello svolgere il suo ministero.

Secondo il DESQ, i segni più comuni della “vera possessione” sono:

- parlare altre lingue;
- possedere una forza superiore al normale;
- la chiaroveggenza (sapere cose sconosciute);
- l'avversione al sacro.

Tuttavia, come affermato dalla maggioranza degli esorcisti, nonostante siano cresciuti negli ultimi anni, i casi di “vera” possessione sono **pochi**.

Un noto esorcista, don Sante Babolin, ha affermato che, dei casi di persone che chiedono un rituale di liberazione, **solo il 2%** riguarda veri episodi di possessione diabolica, mentre il restante 98% sarebbe costituito da casi psichiatrici.

Non esistono statistiche sulle percentuali di casi reali di esorcismo: è difficile infatti quantificare il fenomeno, perché le fonti sono diverse.

Il punto di vista della Psichiatria.

Storicamente, un secolo fa, **Sigmund Freud** aveva affermato che “*gli stati di possessione demoniaca corrispondono alle nostre nevrosi*”. A dire il vero la possessione demoniaca non è una malattia riconosciuta dalla medicina o dalla Psichiatria in quanto tale. Gli scienziati hanno solitamente ricondotto questi casi a **disturbi psichici**.

A coloro che si credono preda di una possessione demoniaca sono stati spesso diagnosticati disturbi mentali quali **isteria, mania, psicosi, schizofrenia ed altri**.

Secondo la Medicina scientifica attuale, **evidence-based**, mancano, purtroppo, studi controllati mediante randomizzazione e condotti in doppio –cieco per cui si ritiene che nei fenomeni di possessione e relativo trattamento risulterebbero cruciali l'effetto placebo e la suggestione.

Il primo approccio specifico al problema dei Disturbi collegati alle cosiddette possessioni lo troviamo nell'Appendice B del **DSM IV** dedicata ai criteri e Assi utilizzabili per ulteriori Studi: tra le proposte di nuove categorie vi è Disturbo da Trance Dissociativa.

Infatti il concetto di **Dissociazione** è fondamentale, in quanto messo in relazione ai meccanismi che portano agli

stati di trance e alla cosiddetta **possessione**.

Nell'ultima edizione del DSM, il **DSM-5**, scompare la proposta di categoria per il Disturbo da Trance Dissociativa e gli aspetti legati alla possessione diabolica vengono inseriti nel **Disturbo Dissociativo dell'Identità**. Ecco di seguito i relativi **criteri diagnostici**.

DISTURBO DA TRANCE DISSOCIATIVA (DSM IV-TR):

A. il n.1) o il n. 2):

1. **trance**, cioè alterazione temporanea marcata dello stato di coscienza, oppure perdita del senso abituale dell'identità personale, senza che vi sia il rimpiazzamento da parte di un'identità alternativa, e associata con almeno uno dei seguenti elementi:

a) restrizione della consapevolezza riguardo all'ambiente circostante, oppure focalizzazione ristretta e selettiva sugli stimoli provenienti dall'ambiente

b) comportamenti o movimenti stereotipati, che vengono percepiti come sfuggenti al proprio controllo

2. **trance di possessione**, una alterazione singola o episodica dello stato di coscienza, caratterizzata dal rimpiazzamento del senso abituale dell'identità personale da parte di una nuova identità. Ciò viene attribuito alla influenza di uno spirito, di una potenza, di una divinità o di un'altra persona, e viene evidenziato dalla presenza di uno (o più) dei seguenti elementi:

a) comportamenti o movimenti stereotipati e culturalmente determinati, che vengono vissuti come controllati dall'agente della possessione

b) amnesia completa o parziale per l'evento

B. La trance, o la trance di possessione, **non è prevista** come parte normale di qualche pratica culturale o religiosa collettiva.

C. Lo stato di trance, o di trance di possessione, causa **disagio clinicamente significativo, oppure menomazione** nel funzionamento sociale, lavorativo, o in altre aree importanti.

D. Lo stato di trance, o di trance di possessione, non si manifesta esclusivamente in corso di Disturbo Psicotico (compresi i Disturbi dell'umore con Manifestazioni psicotiche e i Disturbi Psicotici Brevi) oppure il Disturbo Dissociativo dell'Identità, e **non** è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una sostanza o di una condizione medica generale.

Il **Disturbo dissociativo dell'identità (300.14)** ha sostituito nel DSM-5 la diagnosi di Disturbo di Personalità Multipla.

1. Sono presenti **due o più identità distinte**, o stati di personalità, ciascuno con il proprio modello relativamente duraturo di percepire, relazionarsi e pensare all'ambiente e al sé. Secondo il DSM-5, gli stati di personalità possono essere interpretati come derivati da una “**esperienza di possesso**”. Questi stati “comportano una marcata discontinuità nel senso del sé e del potere, accompagnata da alterazioni correlate nell'affettività, nel comportamento,

nella coscienza, nella memoria, nella percezione, nella cognizione e/o nel funzionamento senso motorio. Questi segni e sintomi possono essere osservati da altri o riportati dall'individuo".

2. Deve verificarsi un' **amnesia**, definita come lacune nel ricordo di eventi quotidiani, importanti informazioni personali e/o eventi traumatici. (Amnesia dissociativa: ricordi profondamente sepolti). Questo criterio per la DID riconosce inoltre che l'amnesia non si verifica solo per gli eventi traumatici, ma anche per gli eventi quotidiani.

3. La persona deve essere angosciata dal disturbo o avere problemi di funzionamento in una o più aree principali della vita a causa del disturbo.

Questo criterio è condiviso da tutte le diagnosi di malattie mentali gravi, poiché una diagnosi non è appropriata quando i sintomi non creano angoscia e/o problemi di funzionamento. Un cambiamento importante dalla quarta alla quinta edizione del DSM è che gli individui possono ora riferire la loro percezione dei cambiamenti di personalità piuttosto che limitare la diagnosi ai cambiamenti che altri devono riferire.

4. Il disturbo non fa parte delle normali pratiche culturali o religiose. Questo criterio per il D.I.D. è per eliminare la diagnosi in culture o situazioni in cui la molteplicità è appropriata. Un esempio è nei bambini, nei quali un amico immaginario non è necessariamente indicativo di malattia mentale.

5. I sintomi non sono dovuti agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (come i blackout o il comportamento caotico durante l'intossicazione da alcol) o di una condizione medica generale (come le crisi epilettiche parziali complesse).

Altri casi potrebbero rientrare nel **D. Dissociativo Non specificato (300.15)**, quando non tutti i criteri diagnostici vengono soddisfatti, in diagnosi differenziale con i Disturbi psicotici che sarebbero da escludere per l'assenza di allucinazioni e di deliri paranoidei, per il decorso e per la completa risoluzione senza ricorrere a trattamenti con neurolettici.

Inoltre sono frequenti analoghi episodi di possessione tra gli altri membri della Comunità religiosa di appartenenza, correlati spesso a situazioni particolarmente stressanti. Nel **Disturbo Dissociativo dell'Identità** sono descritti comportamenti autolesivi fino al **suicidio** nel 70% dei casi.

Frequente è la **comorbidità** con il P.T.S.D., il D. da sintomi somatici e quello di conversione, la Depressione Maggiore, il D.O.C., il D. da uso di sostanze o della personalità.

L'essere stato vittima di frequenti episodi di abuso comporta un fenomeno di **scissione** tra il Sé e il vissuto traumatico, noto meccanismo di difesa finalizzato alla ricerca di rimuovere il dolore profondo e insopportabile. Quella parte, non vissuta a pieno perché scissa dal Sé, rimarrebbe nelle pieghe dell'inconscio (un po' come l'archetipo jun-

ghiano) e può crescere nel tempo, assumendo sempre più il carattere di una vera e propria identità, anche se latente fino al momento della *possessione*.

Dai "**demoni piccoli**" ("sei una peste, sei un piccolo diavolo!") ai "**diavoli grandi**" come orchi o streghe che riflettono la rabbia, mista ai sensi di colpa per essere stato abusato, per le ingiustizie subite.

Nel rito esorcistico la figura del sacerdote assume quel ruolo di **padre arcaico** che permette la messa in atto del processo di *transfert* e di *rapport* tra ipnotizzatore e ipnotizzato.

E' possibile la collaborazione esorcista-psichiatra?

L'istruzione degli esorcisti pubblicata nel 1999 (*De exorcismis et supplicationibus quibusdam* - DESQ 99, al n. 17) raccomanda all'esorcista di consultarsi con un medico-psichiatra "competente nelle realtà spirituali", prima di iniziare i propri riti.

Tuttavia, il consulto medico-esorcista o la visita medica del presunto posseduto non sono prescritte dal canone 1172 del Codice di diritto canonico vigente.

Tra i più grandi esorcisti della storia la Chiesa cattolica ricorda Sant'Antonio Abate, San Francesco d'Assisi, San Pio da Petralcina e San Filippo d'Agira.

L'Associazione Internazionale degli Esorcisti fondata nel 1990 da padre René Chenesseau, sacerdote ed esorcista francese, e da padre Gabriele Amorth, sacerdote ed esorcista nella Diocesi di Roma - è l'unico ente in materia riconosciuto dal Vaticano.

Attualmente sono oltre 1000 gli esorcisti soci dell'Aie nel mondo, ai quali si aggiungono alcune centinaia di ausiliari. L'esperienza di essere "posseduti" da un'altra entità, come una persona, un dio, un demone, un animale o un oggetto inanimato, ha **significati** diversi in culture diverse.

Gli stati di possessione sono spesso accettati come **normali**. Gli individui affetti possono persino avanzare di status essendo visti come dotati di poteri soprannaturali di guarigione e comprensione. In alternativa, queste esperienze possono essere considerate anormali, in particolare quando gli individui posseduti diventano così angosciati e disfunzionali da cercare assistenza da guaritori e professionisti della salute mentale. Casi di possessione sono chiaramente considerati come casi clinici da diagnosi e cura. Purtroppo poche ricerche sistematiche su questo fenomeno sono state realizzate in Psichiatria.

Nell'ambito di una sempre più fattiva collaborazione tra esorcista e psichiatra sarebbe senza dubbio utile il ricorso anche da parte nostra a **Questionari sulla Religiosità** come

- F.I.C.A. (Faith, Importance, Community, Adress)

- FAITH,

- Hope Spiritual History,

- Royal College of psychiatrists Assessment

- ecc.

Tra i più famosi **Esorcisti** ricordiamo Padre Candido

Amantini (1914-1992), Padre Gabriele Amorth (1925-2016), Padre Paolo Carlin, Padre Francesco Bamonte, attuale Presidente dell'Associazione Internazionale Esorcisti fondata dallo scomparso padre Gabriele Amorth, che conduce i corsi sostenuti dal Vaticano: "Liberiamo chi soffre per colpa di Satana".

Tra gli esorcisti francesi spicca Don Isidore Froc (1921), il quale, nel libro "Esorcisti e mistero del male", descrive un approccio molto diverso da quello di Amorth: la sua équipe di lavoro risulta formata da *sacerdoti esorcisti, medici, psichiatri e psicologi*. Questo gruppo, finalizzato a liberare il posseduto dal diavolo, è in grado di compiere un'opera di accoglienza, ascolto e responsabilizzazione del soggetto.

L'équipe cerca di liberare le persone possedute dai diavoli, che sono stati generati attraverso l'immaginazione e la superstizione, insegnando loro ad autoesorcizzarsi, attraverso la preghiera e la presa in carico della responsabilità personale per quanto attiene alla loro salute fisica, morale e spirituale.

Il gruppo non intende rispondere troppo rapidamente alla loro richiesta di esorcismo con un gesto magico che li deresponsabilizzerebbe ancora di più. A suo parere l'esorcista deve aiutare la persona a cercare, comprendere e accettare le cause naturali che stanno alla base di fenomeni da lei vissuti con grande angoscia e a volte anche con forte aggressività. L'obiettivo diventa molto simile a quello di una psicoterapia, in quanto il paziente è guidato ad accettare di collocare il proprio malessere in sé stesso, nella propria storia personale e nelle dinamiche sociali, in modo da poter affrontare e superare *in prima persona* le difficoltà precedentemente attribuite al diavolo. Il nemico principale è in realtà il mago, lo stregone, la cartomante. Sempre secondo questo moderno approccio all'esorcismo il soggetto che si crede posseduto "deve passare da uno stato di dipendenza da soggetti interessati solo a sfruttarlo a uno stato di fiducia in se stesso, negli altri e in un Dio-Amore" (Froc, 1996).

Le indemoniate di Verzegnis

Illuminanti sotto il profilo dell'esegesi psicopatologica sono gli avvenimenti accaduti a Verzegnis tra il 1878 e il 1879, recentemente descritti da Filippo Maria Ferro, nella "Rivista Sperimentale di Freniatria", 1/2018, pp 13-28. In quegli anni a Verzegnis, un villaggio montano del Friuli, si verifica un'epidemia di **isteria collettiva**, analoga a quella occorsa pochi anni prima a Morzine, nell'Alta Savoia. L'accurata relazione sul fenomeno di Fernando Franzolini è un testo importante nel momento storico in cui vengono messe a fuoco le "figure dell'isteria" magistralmente descritte da Charcot e da Freud. Il caso Verzegnis in particolare offre precisi rilievi sugli stati di coscienza nella "possessione" e nella "personalità multipla" e permette altresì di verificare e comprendere la diffusione delle manifestazioni morbose, un vero e pro-

prio contagio psichico. Nel 1878 molte donne iniziano a manifestare i segni di un male oscuro, presto interpretato come possessione demoniaca. Il clero cerca di rispondere con l'antica pratica dell'esorcismo, ma lo Stato postunitario e anticlericale - alleandosi con la scienza medica e accogliendo la *diagnosi di "istero-demonopatia"* - reagisce con le maniere forti, fino all'intervento dell'esercito e alla deportazione delle malate in manicomio: drammatico esito di una vicenda che, proprio sul nodo dei diritti, coinvolgerà anche il Parlamento del Regno.

Attraverso un'attenta ricostruzione storica del contesto in cui l'epidemia si è sviluppata, passando dagli archivi alla letteratura scientifica dell'epoca, Luciana Borsatti, nel suo libro edito nel marzo 2022, indaga le ragioni di quella crisi, facendo luce sui vissuti delle protagoniste e sulle laceranti tensioni a cui erano esposte - aspetti ignorati invece da chi vedeva nel caso solo uno scontro tra civiltà e superstizione o i sintomi di una degenerazione della razza. E restituisce in un dinamico affresco la molteplicità delle forze in campo e la complessità di un evento che ancora ci interroga, come lo fa l'enigma sempre sfuggente dell'isteria. Un'altra recentissima rilettura moderna di quegli eventi storici è stata compiuta da Pietro Spirito nel maggio 2022 nel suo libro "Le indemoniate di Verzegnis".

Fattori in comune tra le pratiche attuali di Esorcismo e la maggior parte delle psicoterapie odierne.

Lo psicoanalista indiano Kakar individua sei fattori terapeutici propri dei rituali di possessione:

1. Il rito tranquillizza il soggetto assicurandogli che ci si curerà di lui, e che sarà soddisfatto il suo bisogno di dipendenza, siano essi gli dei o i membri della famiglia.
 2. Il paziente ha la possibilità di prendere coscienza del proprio malessere (che nella possessione si manifesta sotto forma dello spirito possessore) e ad averne dimestichezza *diminuendo in questo modo il suo terrore*.
 3. Ancora, la possessione ritualizzata favorisce la catarsi, la abreazione, termine coniato da Freud (1895), che indica un processo, spontaneo o indotto, di scarica di emozioni legate a un evento traumatico rievocato dal soggetto.
 4. È così possibile lo spurgo delle affezioni patogene tramite la rappresentazione di tutti i ruoli e gli impulsi inaccettabili.
 5. Altro elemento terapeutico della trance di possessione è la stimolazione che il soggetto subisce a usare i propri meccanismi di difesa di negazione, proiezione e scissione per reprimere i propri conflitti, circondato da un pubblico che lo sprona in questo senso.
 6. Infine, il rito di possessione cerca di migliorare l'effetto degli eventi stressanti della vita esterna, esponendo alla famiglia il conflitto del soggetto e favorendo il riallineamento dei rapporti conflittuali.
- E possibile ipotizzare un'altra similitudine con l'ipnosi ericksoniana, che è una forma di psicoterapia che deriva

dal lavoro clinico di **Milton H. Erickson (1901-1980)** e che basa una parte significativa della sua operatività sull'uso di specifiche tecniche ipnotiche.

L'ipnoterapia ericksoniana, o psicoterapia ericksoniana, si fonda su alcuni assunti teorici:

- Il paziente è un individuo unico e pertanto unico sarà l'approccio utilizzato per curare il paziente (*tailoring*).

- L'inconscio di ciascun individuo è pieno di risorse per risolvere i problemi del vivere quotidiano; le persone sono considerate capaci di autoguarirsi e autocorreggersi, se riescono a sfruttarle.

- Se l'individuo ha bisogno di aiuto per risolvere i propri problemi e guarire dai propri sintomi deve prima imparare delle nuove abilità o deve orientare la propria attenzione verso nuovi modi di vedere le cose o di pensarvi.

- I sintomi ed i problemi comportamentali sono frutto di un'inadeguata relazione tra mente conscia e mente inconscia.

L'approccio naturalistico all'ipnosi permetteva a Erickson di evocare una trance profonda senza alcuna induzione formale utilizzando già che già stava avvenendo nel paziente.

Questi fenomeni di trance spontanee erano state rilevate anche da Charcot e venivano definite come *stati ipnoidi*. Anche Pierre Janet ne parla descrivendoli come un "abaissement du niveau mental" (abbassamento del livello mentale).

Janet – come Freud e Breuer in *Studi sull'isteria* – considerava queste esperienze come possibili fonti di fobie, nevrosi e psicosi nel caso fossero causate da stress, shock o traumi.

Conclusioni

L'interesse per il fenomeno della "demonopatia" (sensazione o convinzione di essere posseduti dal demonio) è in crescita e per noi medici il punto focale è saper distinguere i veri fenomeni da possessione dai disturbi psicopatologici.

Di certo non esiste su questo punto una vera dicotomia tra Chiesa e Scienza, per cui è possibile e desiderabile una sempre maggior sinergia tra Medicina e Religione. Occorre appellarsi al coraggio, dono dello Spirito Santo, ricordando che il diavolo è solo la "non persona", la disgregazione dell'essere persona. Non sussiste alcun dubbio sull'esistenza di un forte allarme sul tema: lo stesso Pontefice Ratzinger aveva posto l'accento sul problema, dal momento che si era occupato di esorcismi sin dagli anni '70. Papa Francesco è spesso tornato sul tema, caldamente incoraggiando l'operato degli esorcisti, diretti continuatori ed eredi di Gesù, che nel *Vangelo* dimostra continuamente che la Sua missione principale è stata quella di salvare l'Uomo dai malefici del Diavolo.

Non esiste un nesso diretto tra possessione e alterazione mentale, ma sembra che il diavolo giochi volentieri sul tema della follia. Il diavolo sembra di casa a **Trieste**, ci soggiorna spesso, continuando a investire nel suo culto

preferito, la possessione. A Trieste si conta uno dei più alti tassi di suicidio registrati in Italia (3 volte rispetto alla media nazionale) senza contare il nutrito ventaglio di patologie psichiche: il vecchio manicomio ospitava 1.200 ricoverati e attualmente esistono 4 CSM aperti nelle 24 ore 7 giorni su 7, oltre ad un SPDC per una città di circa 200.000 abitanti. In questo senso, per fede e secondo i limiti delle attuali conoscenze scientifiche e antropologiche, non è possibile credere che la possessione diabolica debba essere ritenuta una manifestazione esclusivamente patologica. Al contrario si può ipotizzare che possa innescare un particolare percorso diagnostico-terapeutico il quale, a volte, può migliorare le condizioni psichiche del soggetto. Infatti, oltre ad evitare una maggiore destrutturazione della personalità, contribuisce a **disvelare il significato del malessere inteso in senso psicopatologico**, che precedentemente all'individuo poteva apparire oscuro, incomprensibile e fonte di indicibile sofferenza. Il dispositivo terapeutico dell'esorcismo dona senso e significato ad un disagio che è, spesso, incomprensibile, fornendo, contemporaneamente, mezzi adeguati per una guarigione.

L'aumento dei casi di dissociazione della personalità, allora, può essere interpretato come espressione di quella **crisi della presenza** che sempre più colpisce l'uomo occidentale, sempre più in balia di insicurezze di ordine economico e ideologico, che minano, insieme al fatto di vivere in condizioni molto labili, il suo equilibrio psicofisico.

E'auspicabile allora lo sviluppo di una fattiva collaborazione tra scienza e religione, senza pregiudizi e ispirata dall'umiltà socratica di "sapere di non sapere".

**Psichiatra, già Direttore Clinica Psichiatrica Università degli Studi di Trieste*

BIBLIOGRAFIA

- Aa. Vv. (1994), *DSM-IV, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Masson, 1996
- Aa. Vv. (2013), *DSM-5, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Raffaello Cortina ed., 2014
- Amorth G. (1996), *Esorcisti e psichiatri*, Roma, Edizioni Dehoniane
- Balducci C. (1974), *La possessione diabolica*, Roma, Edizioni Mediterranee, 1982, 5ª ed.
- Baudelaire C. (1859), *L'ossesso*, in Baudelaire C., (1911), *I fiori del male* [Tit. orig.: *Le Fleurs du Mal*, Paris, Les Maîtres du Livre, 1911] Milano, Arnoldo
- Mondadori Editore S. p. A., 1992, 6ª ed.
- Bourguignon E. (1973), *Religion, Altered state of Consciousness and social change*, Edited by Erika Bourguignon, Columbus, Ohio State University Press, 1973
- Bourguignon E. (1979), *Antropologia psicologica* [Tit. orig.: *Psychological Anthropology. An introduction to human nature and cultural differences*, New York, Ri-

- nehart and Winston, 1979] Roma, Laterza, 1983.
- Callieri B., Schiavi E. (1961), *Contributo al problema psicopatologico delle demonopatie*, in *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, Milano, 1961
- De Martino E. (1959), *Sud e magia*, Milano, Feltrinelli, 1976, 6ª ed. De Martino E (1961), *La terra del rimorso*, Milano, Il Saggiatore, 1976, 3ª ed. Di Nola A. M. (1980), *Il diavolo: la sindrome demoniaca sovrasta l'umanità*, Roma, Scipioni, 1980
- Di Nola A. M. (1987), *Il Diavolo*, Roma, Newton Compton Editori
- Eliade M. (1951), *Lo sciamanismo e le tecniche dell'estasi* [Tit. orig.: *Le chamanisme et les techniques archaïques de l'extase*, Paris, Payot, 1951] Roma, Edizioni Mediterranee, 1974.
- Ferro F.M. (2018), *Verzegnìs 1878-1879*, *Riv. Sper. Freniatria*, 1, 13-28
- Freud S. (1892 – 1895), *Studi sull'isteria*, in *Opere di S. Freud.*, Torino, Boringhieri, 1967
- Freud S. (1922), *Una nevrosi demoniaca nel secolo decimo settimo*, in *Opere di S. Freud .*, Torino, Bollati Boringhieri, 1977
- Froc I. (2000), *Esorcisti e misteri del male*, Milano, Edizioni San Paolo
- Jaspers K. (1913), *Psicopatologia generale* [Tit. orig.: *Allgemeine Psychopathologie*, Berlin, Springer-Verlag, 1959] Roma, Il pensiero scientifico editore, 1965.
- Jung C. G. (1932), *I rapporti della Psicoterapia e cura d'anime*, in *Opere di Carl Gustav Jung (O. C. G. J.)*, Torino, Boringhieri, 1979
- Jung C. G., (1938 – 1940), *Psicologia e Religione*, in O. C. G. J., Torino, Bollati Boringhieri, 1979
- Kakar S. (1982), *Sciamani, mistici e dottori* [Tit. orig.: *Shamans, Mystics and Doctors*, New York, Knopf, 1982] Parma, Nuova Pratiche Editrice, 1993.
- Kemal Irmak M.(2014), *Schizophrenia or Possession?* *J Relig Health*, 53:773–777
- La Barbera D., Duci A., La Rosa F., Mangano C. (1994), *Sacralità, magia e psicologia del profondo: appunti per una riflessione*, in Bartocci G., (1994), (a cura di), *Psicopatologia, cultura e dimensione del sacro*, Roma, Edizioni Universitarie Romane, 1994.
- Matulli M. (2019), *Possessione diabolica, esorcismo e terapie psichiatriche*, Milano, Editore Mursia
- Milingo E. (1991), *Faccia a faccia col Diavolo: la caparbieta del Diavolo*, Milano, Casa editrice Insieme con Gesù, 1991
- Nava V. (1988), *Evoluzione della concezione del demonio e i suoi risvolti in psichiatria*, in *Rassegna di studi psichiatrici*, 1988
- Pompili, M., Amador, X. F., Girardi, P., Harkavy-Friedman, J., Harrow, M., Kaplan, K., et al. (2007). *Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future*. *Annals of General Psychiatry*, 6, 10.
- Talamonti A. (1994), *Note per un approccio antropologico a possessione diabolica, isteria, identità sessuale*, in Bartocci G., (1994), (a cura di), *Psicopatologia, cultura e dimensione del sacro*, Roma, Edizioni Universitarie Romane, 1994.



La psicopatologia perinatale e il COVID-19

Abstract

During COVID-19 pandemic, the perinatal period, that was typically described as a positive one, has been associated with worries and sadness. It seems that lockdown restrictions, loneliness, fear of infection have affected women's expectations and childbirth experience. Some groups of perinatal women may be at higher risk of developing depressive and anxiety symptoms. Thus, mental health professionals should define the best practices

and intervention programs in perinatal mental health to adequately manage the short- and long-term psychological consequences of the COVID-19 crisis in women, families, and offspring.

Parole chiave: depressione, perinatale, postpartum, fattore di rischio, epidemiologia, screening

Key words: depression, perinatal, postpartum, risk factor, epidemiology, screening, COVID

Introduzione

Si stima che nei primi dieci mesi successivi a quando è stata dichiarata la pandemia di COVID-19 da parte della World Health Organization, ci siano state 116 milioni di nascite. Una review effettuata da Iyengar U et al. (2022) relativa alla salute mentale perinatale nel primo anno di pandemia ha suggerito che vi sia stato un aumento dei sintomi depressivi e ansiosiⁱ.

I problemi di salute mentale perinatale rappresentano una criticità per la salute pubblica poiché hanno un impatto sulla salute della donna stessa, sull'attaccamento madre-figlio, sui bambini e sullo sviluppo fisico e comportamentale successivi. Pertanto, identificare i fattori che influenzano la salute mentale di donne in gravidanza e nel postpartum durante la pandemia è un punto critico, sia per il loro benessere che per quello delle generazioni successive.

COVID-19 e psicopatologia perinatale

La pandemia ha avuto implicazioni negative sulla salute mentale delle madri di per sé, ma i mesi di isolamento durante la gravidanza e con il neonato senza un aiuto dei familiari e degli amici possono essersi rivelati anch'essi fonte di grave stressⁱⁱ.

Infatti, alcuni studi hanno evidenziato elevate percentuali di problemi di salute mentale in donne nel periodo perinatale durante la pandemia, inclusi depressione, ansia, dissociazione, sintomi post-traumatici, vissuti di solitudine e di isolamentoⁱⁱⁱ.

Finora non ci sono stati studi cross-national su larga scala che abbiano esaminato la salute mentale perinatale delle donne durante la pandemia COVID-19. Inoltre, molti studi non hanno valutato l'esperienza della solitudine in questo gruppo vulnerabile, nonostante la ben documentata importanza delle relazioni sociali nel periodo perina-

tale e i noti effetti avversi della solitudine su salute mentale, morbidity e mortalità. Gli studi pubblicati hanno esaminato solo un ristretto range di fattori cognitivi e comportamentali associati con gli outcome di salute mentale in questo gruppo.

Dal punto di vista dei fattori cognitivi, come paure e preoccupazioni, il COVID ha radicalmente modificato l'esperienza perinatale spostando i servizi di assistenza in presenza alla modalità online e il supporto alle persone è stato limitato a meno appuntamenti e al parto. In aggiunta alle preoccupazioni di contrarre l'infezione, le donne in gravidanza o nel post-partum hanno affrontato i possibili effetti di una infezione sullo sviluppo del feto o del bambino. L'incertezza economica abbinata all'isolamento possono dunque anch'essi aver influito negativamente sulla salute mentale materna^{iv}.

Le donne con anamnesi positiva per problemi psicologici hanno presentato un più alto grado di preoccupazioni rispetto alla salute della famiglia, al futuro del bambino e della società a causa della pandemia^v.

Nel periodo pandemico, le ostetriche hanno riportato di essere state contattate dalle donne nel periodo perinatale che esprimevano preoccupazioni riguardo alle visite in ospedale, ai metodi di protezione, alla salute dei figli, all'ansia diffusa dai social media e alle paure di contrarre il COVID-19^{vi}.

Uno studio condotto a Wuhan, nell'epicentro cinese della pandemia, ha mostrato che solo il 16.3% delle donne in gravidanza ha mantenuto il programma delle visite prenatali, mentre i parti in ospedale sono stati eseguiti come pianificato solo nel 25% dei casi. Questi autori hanno riportato cambiamenti nelle modalità di partorire, nella scelta dell'alimentazione dei neonati, e nel luogo per riposare dopo il parto^{vii}.

Questi cambiamenti sono stati evidenziati anche da uno

studio canadese su 1987 donne in gravidanza intervistate nell'aprile 2020: l'89% delle partecipanti riportava con sofferenza i cambiamenti nella routine di cura pre-natale, vale a dire la cancellazione degli appuntamenti (36%), le restrizioni sull'accompagnamento da parte di una persona di supporto ((90%), e i cambiamenti nel piano di nascita (35%)^{viii}.

Depressione e ansia perinatale durante il COVID-19

Hessami et al. hanno revisionato gli studi che valutavano la depressione perinatale usando la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) e hanno trovato che, nonostante gli alti punteggi EPDS tra le partecipanti durante la pandemia, la differenza non era statisticamente significativa se paragonata ai dati relativi al periodo pre-pandemia^{ix}.

La comorbidità con la sintomatologia ansiosa era comune, con una donna su 5 che soffriva simultaneamente di ansia e depressione durante la pandemia^x.

Come la depressione, la sintomatologia ansiosa costituisce uno dei più studiati indicatori di salute durante la pandemia, sia nella popolazione generale che nelle donne in gravidanza e nel post-partum^{xi}.

Un aumento dei livelli di ansia è una risposta emotiva comune innescata da eventi stressanti e inattesi che possono richiedere periodi di isolamento, come mostrato nelle epidemie passate con caratteristiche simili al covid. Soprattutto per le donne nel periodo perinatale, il contesto pandemico ha portato ad un aumento dei fattori di rischio che possono portare a stress e ansia, proprio per i dubbi che riguardano la salute del bambino e la propria salute. In aggiunta, le misure di distanziamento sociale e il lockdown possono aver limitato o interrotto l'accesso alle possibilità di aiuto, esacerbando i vissuti di ansia e le preoccupazioni^{xii}.

Diverse reviews sistematiche e meta-analisi che hanno investigato l'impatto del COVID sulla salute mentale perinatale hanno riportato una prevalenza di disturbi d'ansia che oscilla dal 34% al 42% nelle donne in gravidanza^{xiii xiv}, rappresentando quasi il doppio del tasso di prevalenza paragonato alle coorti pre-pandemia.

In uno studio cross-sectional condotto sulle donne in gravidanza in Cina durante le prime fasi dello scoppio del COVID, sono stati registrati tassi significativamente più alti di sintomi ansiosi e depressivi nelle donne dopo il pubblico annuncio della trasmissione inter-umana e del peggioramento della situazione epidemiologica^{xv}.

Similmente, in un campione nel Regno Unito nelle prime fasi del periodo post-natale, le madri partecipanti hanno percepito un cambiamento negativo del loro stato psicologico (ad esempio vissuti di depressione, ansia, preoccupazioni relative alla maternità), come diretta conseguenza della introduzione di misure di distanziamento sociale^{xvi}.

Tuttavia, le reviews sistematiche e le meta-analisi hanno anche rilevato una sostanziale eterogeneità degli studi in-

clusi e, per questa ragione, occorre prudenza nella interpretazione dei risultati. Aldilà delle limitazioni, i risultati hanno mostrato l'impatto psicologico negativo causato dal COVID-19 e dalle conseguenti misure di quarantena e l'interruzione delle pratiche di assistenza sanitaria, in una popolazione così vulnerabile.

PTSD durante il COVID-19

Elevati livelli di stress post-traumatico, ansia, depressione e solitudine sono stati molto comuni nelle donne in gravidanza e nel post-partum nei 64 paesi durante la pandemia. L'eccessiva ricerca di informazioni e preoccupazione legate ai bambini e alle cure mediche sono state associate ad elevati livelli di ansia, mentre il coinvolgimento in misure di prevenzione e igiene non lo sono state^{iv}.

È possibile che le preoccupazioni di avere una trasmissione verticale madre-bambino o complicanze ostetriche possano rappresentare fattori di stress aggiuntivi relativi al parto. Crescenti evidenze mostrano che lo sviluppo di sintomi PTSD rappresentava una comune risposta psicologica osservata nei precedenti focolai di malattie infettive (es. SARS, MERS) e dopo l'esposizione a periodi di quarantena e di isolamento sociale, simili a quelli provati durante la pandemia COVID-19. I sintomi associati con la esposizione diretta o indiretta al COVID comprendevano incubi, pensieri intrusivi, ricordi collegati al COVID.

Due studi condotti in Italia, su donne in gravidanza e nel post-partum durante il lockdown, hanno trovato che circa il 10% e il 29% delle partecipanti, rispettivamente, manifestava sintomi clinicamente rilevanti di PTSD, particolarmente le donne con una storia di disturbo dell'umore. La percezione del supporto ricevuto dallo staff durante le visite e le ospedalizzazioni risultava come fattore protettivo contro i sintomi PTSD^{xvii xviii}.

Conclusioni

Al momento le conoscenze relative al COVID-19 e all'interazione con la gravidanza e il postpartum sono insufficienti per fornire dati certi: non ci sono studi che dimostrino un aumento del rischio di aborto spontaneo in presenza di Covid-19 e la letteratura non documenta una trasmissione del virus al feto in via di sviluppo entro il grembo materno o casi di anomalie nel bambino. I neonati e i bambini non sembrano essere esposti ad un aumentato rischio di complicanze causate dall'infezione.

La pandemia è stata associata a misure di distanziamento sociale che hanno avuto un significativo impatto sulla salute delle donne nel periodo perinatale, con reazioni psicologiche che si sono manifestate anche con sintomi depressivi, ansiosi e PTSD.

Alcuni gruppi specifici di donne possono essere più a rischio, come ad esempio in caso di anamnesi psichiatrica personale positiva per precedenti disturbi, o in caso di rete socio-familiare non adeguata.

I professionisti e i ricercatori dovrebbero indirizzare i loro

studi sui fattori di rischio, e definire le migliori pratiche e cliniche i programmi di intervento per poter adeguatamente gestire le conseguenze psicologiche del COVID-19 a breve e a lungo termine su donne, figli e famiglie nel periodo perinatale.

* già *Direttore U.O. Psichiatria 2 Universitaria, Università di Pisa*

** *Dirigente Medico Psichiatra Azienda USL Toscana Nord Ovest*

*** *Dottore di Ricerca, Psichiatra, Ass. Oramamma.*

ⁱ Iyengar U, Jaiprakash B, Haitsuka H et al, One Year Into the Pandemic: A Systematic Review of Perinatal Mental Health Outcomes During COVID-19. *Frontiers in Psychiatry*, June 2021 | Volume 12.

ⁱⁱ Goyal D & Selix NW. Impact of COVID-19 on maternal mental health. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2021 Mar-Apr;46(2):103-109. doi: 10.1097/NMC.0000000000000692.

Berthelot N et al. Uptrend in distress and psychiatric symptomatology in pregnant women during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2020; 99(7):848–855.

ⁱⁱⁱ Basu et al. A cross-national study of factors associated with women’s perinatal mental health and wellbeing during the COVID-19 pandemic. *PLOS ONE*, April 21, 2021.

^{iv} Ravaldi C et al. Pregnant women voice their concerns and birth expectations during the COVID-19 pandemic in Italy. *Women Birth.* 2021 Jul;34(4):335-343. doi: 10.1016/j.wombi.2020.07.002. Epub 2020 Jul 13.

^v Nanjundaswamy MH et al, *Arch Womens Ment Health.* 2020

^{vi} Liu X, Chen M, Wang Y et al. Prenatal anxiety and obstetric decisions among pregnant women in Wuhan and Chongqing during the COVID-19 outbreak: a cross-sectional study. *BJOG.* 2020;127(10):1229–40

^{vii} Lebel C, MacKinnon A, Bagshawe M, Tomfohr-Madsen L, Giesbrecht G. Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *J Affect Disord.* 2020;277:5–13.

^{viii} Hessami K, Romanelli C, Chiurazzi M et al. COVID-19 pandemic and maternal mental health: a systematic review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2022 Oct;35(20):4014-4021. doi: 10.1080/14767058.2020.1843155. Epub 2020 Nov 1. PMID: 33135523.

^{ix} Sun F, Zhu J, Tao H et al. A systematic review involving 11,187 participants evaluating the impact of COVID-19 on anxiety and depression in pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2021 Jun;42(2):91-99. doi: 10.1080/0167482X.2020.1857360. Epub 2020 Dec 17. PMID: 33327827.

^x Yan H, Ding Y, Guo W. Mental Health of Pregnant and

Postpartum Women During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychol.* 2020 Nov 25;11:617001. doi: 10.3389/fpsyg.2020.617001. PMID: 33324308; PMCID: PMC7723850.

^{xi} Mateus V, Bina R, Bramante A et al. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Perinatal Depression and Anxiety: A Large Cross-sectional Study in Spain. *Psychothema* 2022, Vol. 34, No. 2, 200-208. doi: 10.7334/psychothema2021.380.

^{xii} Fan S, Guan J, Cao L et al. Psychological effects caused by COVID-19 pandemic on pregnant women: A systematic review with meta-analysis. *Asian J Psychiatr.* 2021 Feb;56:102533. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102533. Epub 2020 Dec 28. PMID: 33418283; PMCID: PMC7833174.

^{xiii} Wu Y, Zhang C, Liu H et al. Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *Am J Obstet Gynecol.* 2020 Aug;223(2):240.e1-240.e9. doi: 10.1016/j.ajog.2020.05.009. Epub 2020 May 11. PMID: 32437665; PMCID: PMC7211756.

^{xiv} Fallon V, Davies SM, Silverio SA et al. Psychosocial experiences of postnatal women during the COVID-19 pandemic. A UK-wide study of prevalence rates and risk factors for clinically relevant depression and anxiety. *J Psychiatr Res.* 2021 Apr;136:157-166. doi: 10.1016/j.jpsychires.2021.01.048. Epub 2021 Feb 2. PMID: 33596462; PMCID: PMC8635302.

^{xv} Ravaldi C, Ricca V, Wilson A et al. Previous psychopathology predicted severe COVID-19 concern, anxiety, and PTSD symptoms in pregnant women during “lockdown” in Italy. *Arch Womens Ment Health.* 2020 Dec;23(6):783-786. doi: 10.1007/s00737-020-01086-0. Epub 2020 Nov 20. PMID: 33215247; PMCID: PMC7677012.

^{xvi} Ostacoli L, Cosma S, Bevilacqua F et al. Psychosocial factors associated with postpartum psychological distress during the Covid-19 pandemic: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020 Nov 18;20(1):703. doi: 10.1186/s12884-020-03399-5. PMID: 33208115; PMCID: PMC7671935.

Antonio Tundo*, Sophia Betrò*,
Marica Iommi**, Roberta Necci*

Impatto della pandemia da COVID-19 su chi già soffriva di un disturbo dell'umore o d'ansia. Uno studio prospettico osservazionale.

Abstract

Background and objectives: This observational prospective study aims to examine the psychological and psychopathological impact of the pandemic stress on patients with pre-existing mood, anxiety and obsessive-compulsive disorder.

Materials and Methods: The study includes 386 consecutive patients recruited from March 10 to June 30 2020 among those being treated at the Institute of Psychopathology in Rome (Italy) with an age > 18 years and meeting DSM-5 criteria for major depressive disorder (35.2%), bipolar I (21.5%) or II (28.8%) disorder, obsessive compulsive disorder (7.5%), panic disorder (7.0%) or social anxiety. A total of 34.2% had lifetime comorbid Axis I disorder and 15.3% alcohol/drug abuse disorders. Using a semi-structured interview, we investigated if the impact of COVID-19 stress for patients has been similar, higher, or lower than that of their family and friends and, for patients with relapse/symptoms worsening, if there was a relationship between the clinical condition worsening and the pandemic stress.

Results: Compared with that experienced by their family members and friends, the psychological impact of pandemic stress was similar in 52.1% of the sample, better in 37.1%, and worse in 10.8%. In 21 patients (5.4%) the stress triggered a recurrence or worsened the symptoms. Patients with obsessive compulsive disorder had a higher rate of worsening due to pandemic stress compared to patients with major depressive disorder ($p=0.033$).

Conclusions: The psychological and psychopathological consequences of COVID-19 stress in our outpatients were very modest. The continuity of the care offered during the lockdown could explain the results.

Keywords: Coronavirus; Panic Disorder; Social Anxiety Disorder; Major Depressive Disorder; Bipolar Disorder; Obsessive-compulsive Disorder; Psychological impact

Abstract

Obiettivi

Scopo di questo studio prospettico osservazionale è valutare l'impatto psicologico e psicopatologico dello stress da pandemia su pazienti con un preesistente disturbo dell'umore, d'ansia o ossessivo compulsivo.

Materiali e metodo

Lo studio include 386 pazienti reclutati consecutivamente dal 10 marzo al 30 giugno 2020 tra coloro che erano già in trattamento presso l'Istituto di Psicopatologia di Roma con età >18 anni e che soddisfacevano i criteri del DSM-5 per disturbo depressivo maggiore (35.2%), disturbo bipolare I (21.5%) o II (28.8%), disturbo ossessivo compulsivo (7.5%), disturbo di panico (7.0%) o ansia sociale. Il 34.2% aveva una comorbidità con disturbi di Asse I e il 15.3% con abuso di sostanze o alcol.

Utilizzando un'intervista semi-strutturata veniva valutato se l'impatto dello stress da COVID-19 nei pazienti era stato simile, maggiore o minore rispetto a quello dei loro familiari e amici e se, in chi presentava una ricaduta o un peggioramento dei sintomi durante il periodo di osservazione, ci fosse una relazione tra il peggioramento clinico e lo stress da pandemia.

Risultati

Confrontato con quello di familiari e amici, l'impatto psicologico dello stress da pandemia nei pazienti era simile nel 52,1% del campione, migliore nel 37,1% e peggiore nel 10,8%. In 21 pazienti (5,4%) lo stress aveva innescato una ricaduta o un peggioramento dei sintomi. I pazienti con disturbo ossessivo compulsivo avevano un rischio significativamente superiore a quello dei pazienti con depressione maggiore ricorrente di avere un peggioramento delle condizioni cliniche ($p=0.033$).

Conclusioni: L'impatto psicologico e psicopatologico dello stress da pandemia nei nostri pazienti è stato molto modesto. La continuità delle cure anche durante il lockdown può giustificare questo risultato.

Parole chiave: Coronavirus; Disturbo Depressivo Maggiore, Disturbo Bipolare, Disturbo Ossessivo Compulsivo, Disturbo di Panico, Ansia Sociale, Impatto Psicologico

Introduzione

L'11 marzo 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, 2020) ha dichiarato la malattia da coronavirus una pandemia che si è rapidamente diffusa dalla Cina al resto del mondo. L'Italia, dopo la Cina, è stata la seconda nazione ad essere colpita e ha adottato un rigido *lockdown* che ha coinvolto l'intera popolazione.

La pandemia da COVID-19 ha rappresentato una forte causa di stress sia direttamente (paura di ammalarsi e di morire) sia indirettamente (isolamento sociale dovuto alla quarantena, problemi economici, restrizioni negli spostamenti pubblici, chiusura delle scuole) e, di conseguenza, ha avuto un'influenza sulla salute mentale delle persone. Molti studi, condotti soprattutto attraverso sondaggi o questionari *online*, hanno riportato un aumento di oltre il 20% di sintomi d'ansia e depressivi (González-Sanguino et al., 2020; Pappa et al., 2020; Pérez-Cano et al., 2020; Wang et al., 2020) e di oltre il 30% dell'uso di alcol (Clay et al., 2020; Sun et al., 2020) nella popolazione generale. L'aumento dei sintomi d'ansia ha determinato, nel periodo di maggiore picco pandemico, un aumento del consumo di benzodiazepine rilevato in Italia (The Medicine Utilisation Monitoring Center, 2020) come in altre nazioni (Kostev et al., 2020; Stall et al., 2020).

Per le persone che già soffrivano di un disturbo dell'umore o d'ansia molti autori hanno ipotizzato un rischio ancora maggiore di sviluppare sintomi ansiosi e depressivi perché più vulnerabili allo stress rispetto alla popolazione generale (Chatterjee et al., 2020; Druss et al., 2020; Rajkumar et al., 2020; Unützer et al., 2020; Yao et al., 2020) ma i dati a sostegno di questa ipotesi sono limitati e contrastanti.

Da una parte, un'indagine internazionale ha riportato il peggioramento delle condizioni in due terzi di 2734 pazienti psichiatrici (Gobbi et al., 2020) e quattro studi clinici hanno trovato un peggioramento delle preesistenti condizioni psichiatriche nel 20-50% dei pazienti con disturbi d'ansia, dell'umore o disturbo ossessivo-compulsivo e nel 16% dei pazienti con uso di sostanze (Benatti et al., 2020; Hao et al., 2020; Iasevoli et al., 2021; Zhou et al., 2020). Dall'altra, tre studi clinici hanno riportato che lo stress da pandemia ha determinato solo un minimo aumento della sintomatologia o delle difficoltà sociali in un campione di 54 pazienti con disturbi d'ansia (Plunkett et al., 2020), nessun cambiamento nell'umore o nella durata del sonno in 56 pazienti con disturbi affettivi (Pinkham et al., 2020) e nessun aumento di sintomi depressivi o d'ansia e di idee di suicidio in 73 pazienti anziani con disturbo depressivo maggiore (Hamm et al., 2020).

Per quanto depotenziata, la pandemia è ancora attiva nel mondo e, a nostro giudizio, avere maggiori informazioni sulle sue conseguenze per chi già soffre di una patologia psichiatrica è importante sia per i clinici, sia per chi si oc-

cupa dell'organizzazione dei servizi di salute mentale.

Scopo di questo studio è fornire ulteriori dati, provenienti dalla clinica, sull'impatto psicologico e psicopatologico dello stress da COVID-19 su una popolazione di pazienti ambulatoriali già in cura per un disturbo dell'umore (depressione maggiore o disturbo bipolare), d'ansia o ossessivo-compulsivo.

Materiali e metodi

2.1 Partecipanti

Questo studio osservazionale prospettico include tutti i pazienti consecutivamente osservati dal 10 marzo (inizio del lockdown in Italia) al 30 giugno (un mese e mezzo dopo la fine del lockdown) 2020 presso l'Istituto di Psicopatologia di Roma. Criteri di inclusione erano: 1) età superiore a 18 anni, 2) diagnosi di disturbo depressivo maggiore, disturbo bipolare I o II, disturbo di panico, disturbo ossessivo-compulsivo, ansia sociale secondo i criteri del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013); 3) essere in trattamento presso l'Istituto da prima del marzo 2020. La presenza di comorbidità tra disturbi dell'umore e d'ansia o con disturbo da uso di alcol o sostanze non era motivo di esclusione. Tutti avevano fornito un consenso informato scritto per l'uso in forma anonima e aggregata dei loro dati clinici, procedura approvata dal comitato etico locale ed in accordo con la dichiarazione di Helsinki del 1975, rivista nel 2008.

2.2 Assessments

Tutti i pazienti erano diagnosticati e valutati clinicamente dal primo autore (AT) e la valutazione era integrata, come prassi dell'Istituto, con la somministrazione di scale per misurare la gravità dei sintomi (Hamilton Depression Rating Scale₂₁ (Hamilton, 1960) e Y-Mania Rating Scale (Young, 1978) per i disturbi dell'umore; Yale-Brown Obsessive Compulsive Rating Scale (Goodman et al., 1989) per il disturbo ossessivo compulsivo; Panic Attack and Anticipatory Anxiety Scale (Sheehan, 1983) per il disturbo di panico; Brief Social Phobia Scale (Davidson, 1997) per l'ansia sociale.

Le scale erano somministrate dal secondo autore (SB), una psichiatra non coinvolta nella scelta del trattamento ed esperta in disturbi dell'umore e d'ansia. Per valutare l'impatto dello stress dovuto alla pandemia è stata utilizzata un'intervista semi-strutturata che esplorava: a) se la paura di essere contagiati fosse per nulla, moderatamente o molto stressante; b) se l'intensità dello stress correlato a questa paura fosse maggiore, uguale o minore rispetto a quella di familiari e amici; c) se i cambiamenti nello stile di vita, e in particolare l'isolamento sociale, causati dalla quarantena fossero per niente, moderatamente o molto stressanti; d) se l'intensità dello stress correlato a questi cambiamenti fosse maggiore, uguale o minore rispetto a quella di familiari e amici; e) se i problemi economici dovuti alla quarantena fossero per niente, moderatamente o

molto stressanti; f) se l'intensità dello stress correlato alle preoccupazioni economiche fosse maggiore, uguale o minore rispetto a quella di familiari e amici; g) se ci fosse una correlazione tra peggioramento clinico e stress dovuto alla pandemia (questa valutazione era riservata ai pazienti che presentavano una ricaduta o un peggioramento dei sintomi durante il periodo di osservazione).

Sono stati inoltre sistematicamente analizzati il numero e il contenuto delle chiamate ricevute dal servizio di consulenza telefonica (un servizio quotidiano di *routine* dell'Istituto).

Il primo autore (AT) stabiliva la terapia in base alla propria esperienza clinica e alle linee guida internazionali per il trattamento del disturbo depressivo maggiore (Cleare et al., 2015), disturbo bipolare (Yatham et al., 2018), disturbo ossessivo compulsivo (Koran et al., 2013), disturbo di panico e ansia sociale (Katzman et al., 2014).

Dal 10 marzo al 10 maggio l'80% delle visite si svolgeva *online* e il 20% in presenza, dal 10 maggio al 30 giugno le percentuali erano invertite.

Per lo scopo di questo studio il campione era stato diviso in due gruppi: pazienti che avevano e pazienti che non avevano una ricaduta o un peggioramento dei sintomi correlati allo stress da pandemia.

Si definiva ricaduta l'assenza di un disturbo in atto all'ingresso nello studio e il suo sviluppo durante il periodo di osservazione (in base ai criteri DSM-5 e al punteggio delle scale).

Si definiva peggioramento la presenza di un disturbo in atto all'ingresso nello studio (criteri DSM-5) e il suo peggioramento durante il periodo di osservazione (aumento del punteggio delle scale).

2.3 Analisi statistiche

Per le variabili categoriali sono state utilizzate le frequenze assolute e relative, per quelle quantitative la media e la deviazione standard oppure la mediana e il range interquartile. Per confrontare le variabili categoriali con gli *outcome* il test chi quadro oppure il test di Fisher. Per confrontare l'età e il numero di chiamate tra i due gruppi il test Mann Whitney.

Le analisi statistiche sono state effettuate usando il software statistico IBM SPSS versione 25. Tutti i test erano a due code e il livello di significatività era fissato a $p < 0.05$.

Risultati

3.1 Caratteristiche del campione

Il campione era composto da 386 pazienti, 229 (59,3%) donne; l'età media era 52.0 ± 16.8 anni (range 18-90). Centotrentasei (35,2%) pazienti avevano una diagnosi di disturbo depressivo maggiore, 11 (28,8%) di disturbo bipolare-II, 83 (21,5%) di disturbo bipolare-I, 29 (7,5%) di disturbo ossessivo compulsivo e 27 (7%) di disturbo di panico. Inoltre, 132 pazienti (34,2%) con disturbo dell'u-

more presentavano anche un disturbo d'ansia in comorbidità (74 (19,4%) disturbo ossessivo compulsivo, 51 (13,2%) disturbo di panico, 6 (1,6%) ansia sociale) e 59 (15,3%) disturbo da uso di sostanze o alcol in comorbidità.

Durante la quarantena 88 pazienti (22,7%) vivevano da soli.

3.2 Impatto psicologico dello stress da pandemia

Il 10,8% dei pazienti (42/386) riferiva di aver provato uno stress maggiore rispetto a familiari e amici a causa della paura di essere contagiati (18 pazienti), dei cambiamenti nello stile di vita dovuti alla quarantena (21 pazienti) e delle preoccupazioni economiche (3 pazienti). Il 52,1% dei pazienti (251/386) riferiva di aver avuto una reazione allo stress da pandemia simile a quella di familiari e amici, il 37,1% (143 pazienti) riferiva un adattamento alla quarantena migliore di quello di familiari e amici avendo apprezzato la possibilità di disporre di più tempo libero per sé e da trascorrere con i propri cari.

3.3 Impatto clinico dello stress da pandemia

Durante il periodo di osservazione 21 pazienti su 386 (5,4%) erano ricaduti o avevano mostrato un peggioramento dei sintomi correlabile allo stress da pandemia.

Come riportato in tabella 1, questi pazienti non differivano significativamente da quelli che non erano ricaduti e non avevano mostrato un peggioramento dei sintomi in relazione allo stress da pandemia per quanto riguarda il sesso, l'età, il vivere da soli durante la quarantena oppure l'aver una comorbidità con un disturbo di Asse I o con abuso di sostanze o alcol. I pazienti con disturbo ossessivo compulsivo avevano una percentuale di ricadute/peggioramento correlati alla pandemia significativamente superiore a quella dei pazienti con depressione maggiore ricorrente (13,8% vs 2,9%, $p = 0.033$).

3.4 Chiamate al servizio di consulenza telefonica

Il numero di telefonate ricevute dal servizio di consulenza telefonica dal 10 marzo al 30 giugno 2020 non differiva significativamente da quello ricevuto nello stesso periodo (10 marzo-30 giugno) dell'anno precedente (2177 versus 2022; Mann-Whitney test= 9; $p = 0.77$). Per quanto riguarda il contenuto delle telefonate, solo il 2,9% (65/2177) riguardava problemi relativi allo stress da pandemia (paura del contagio, aumento delle compulsioni di lavaggio, sintomi depressivi relativi alle limitazioni dovute alla quarantena) ed erano concentrate soprattutto nei mesi di marzo-aprile 2020.

3.5 Cambiamenti nella terapia

Durante il periodo di osservazione, a 124 pazienti (32%) non sono state apportate modifiche alla cura mentre ai restanti 262 pazienti (68%) la terapia precedentemente assunta (antidepressivi e/o stabilizzanti dell'umore e/o

Tabella 1 – Correlazione tra variabili socio-demografiche e cliniche e ricaduta/peggioramento (R/P) o non ricaduta/peggioramento (No R/P) dovute allo stress da pandemia

	No R/P (N=365)		R/P (N=21)		test	p
Sesso					0.496*	0.481
Uomo, N (%)	150	41.1%	7	33.3%		
Donna, N (%)	215	58.9%	14	66.7%		
Età, mediana [IQR]	52	[40; 65]	48	[43; 57]	168.0#	0.931
Vivere da solo					0.013*	0.91
No, N (%)	282	77.3%	16	76.2%		
Si, N (%)	83	22.7%	5	23.8%		
Diagnosi primaria					8.368*	0.057
DDM, N (%)	132	36.1%	4	19.0%		
DB-I, N (%)	77	21.1%	6	28.7%		
DB-II, N (%)	107	29.3%	4	19.0%		
DOC, N (%)	25	6.9%	4	19.0%		
DP, N (%)	24	6.6%	3	14.3%		
Comorbidità					6.591*	0.174
No, N (%)	242	66.3%	12	57.1%		
DOC, N (%)	68	18.7%	7	33.3%		
DP, N (%)	50	13.7%	1	4.8%		
AS, N (%)	5	1.3%	1	4.8%		
Abuso alcol/sostanze					0.243*	0.622
No, N (%)	310	85.0%	17	81.0%		
Si, N (%)	55	15.0%	4	19.0%		

* χ^2 ; #Mann-Whitney

Abbreviazioni:

DDM = Disturbo Depressivo Maggiore

DB-I= Disturbo Bipolare I

DB-II= Disturbo Bipolare II

DOC= Disturbo Ossessivo Compulsivo

DP= Disturbo di Panico

AS= Ansia Sociale

principalmente per la paura di contagiarsi e di ammalarsi e per i cambiamenti nello stile di vita. Nel nostro campione le conseguenze cliniche dello stress da pandemia sono state molto modeste poiché una sua correlazione con la comparsa di un nuovo episodio o con il peggioramento dei sintomi di un episodio preesistente è stato riportato solo in sei pazienti su cento. I pazienti più esposti a questo rischio erano quelli con disturbo ossessivo compulsivo, almeno in confronto con quelli affetti da depressione maggiore ricorrente. Questo dato, che conferma i risultati di un precedente studio (Benatti et al., 2020), può essere spiegato con la particolare sensibilità di chi soffre di disturbo ossessivo compulsivo al

antipsicotici di seconda generazione) è stata cambiata per ottimizzare il controllo delle condizioni psicopatologiche. In 13 pazienti (3%) si è resa necessaria la prescrizione di farmaci ex-novo (soprattutto benzodiazepine) per il controllo dell'ansia o dei disturbi del sonno dovuti allo stress da pandemia.

Discussione

I risultati di questo studio indicano che i nostri pazienti con preesistenti disturbi dell'umore, d'ansia o disturbo ossessivo-compulsivo, valutati in un setting clinico, hanno avuto una buona reazione psicologica e un buon adattamento allo stress da pandemia con limitate conseguenze sul piano clinico. La metà dei pazienti, infatti, ha riferito una reazione psicologica simile a quella di amici e familiari non affetti da disturbi psichiatrici e un terzo ha sottolineato addirittura di aver colto alcuni aspetti positivi della quarantena mostrando una maggiore capacità di resilienza. Solo un paziente su dieci ha riportato un livello di preoccupazione superiore a quello di familiari e amici

rischio di contaminazione e/o alla maggiore disponibilità di tempo libero durante il lockdown per mettere in atto ossessioni e compulsioni.

Il basso impatto che lo stress da pandemia ha avuto sul piano psicologico e psicopatologico sui nostri pazienti è indirettamente confermato dal numero e dal contenuto delle chiamate ricevute dal servizio di consulenza telefonica che nel periodo 10 marzo-30 giugno 2020 è stato simile a quello dello stesso periodo dell'anno precedente. La richiesta di aiuto telefonico legata allo stress da pandemia era limitata al 3% delle chiamate ed era concentrata quasi esclusivamente nei primi due mesi corrispondenti al picco delle infezioni e alla diffusione di informazioni allarmanti da parte dei media. Anche il bassissimo numero di pazienti, tre su cento, che ha ricevuto una terapia aggiuntiva (prevalentemente benzodiazepine) per gestire ansia e insonnia dovute allo stress da pandemia costituisce un'ulteriore conferma indiretta del modesto impatto psicologico e psicopatologico che questo ha avuto

nel nostro campione.

Come riportato nell'introduzione, i dati sulle conseguenze che lo stress da COVID-19 ha avuto su chi già soffriva di un disturbo dell'umore o d'ansia sono controversi. I nostri risultati sono coerenti con quelli di alcuni studi precedenti che mostrano una buona resilienza e uno scarso impatto clinico (Hamm et al., 2020; Pinkham et al., 2020; Plunkett et al., 2020) ma in contrasto con quelli di altri studi che riportano una più alta vulnerabilità psicologica e un peggioramento dei sintomi in questi pazienti (Benatti et al., 2020; Gobbi et al., 2020; Hao et al., 2020; Iasevoli et al., 2021; Zhou et al., 2020). Una prima spiegazione di questi risultati contrastanti potrebbe essere la diversa metodologia usata nel reclutamento dei pazienti. Infatti, la maggior parte degli studi che non evidenziano un peggioramento dei sintomi (compreso questo) era stata condotta su popolazioni cliniche visitate o contattate telefonicamente da parte di chi già le aveva in cura (Pinkham et al., 2020; Plunkett et al., 2020), mentre la maggior parte di quelli che evidenziano un peggioramento era stata condotta mediante questionari compilati da persone reclutate *online* (Gobbi et al., 2020; Hao et al., 2020; Zhou et al., 2020). Il reclutamento in rete potrebbe aver selezionato un campione non rappresentativo composto prevalentemente da pazienti che, stando male, cercavano informazioni e aiuto su internet.

Una seconda spiegazione potrebbe riguardare la continuità delle cure.

Durante la pandemia i nostri pazienti, come quelli inclusi nella maggior parte degli studi che analogamente al nostro non riscontrano un peggioramento delle condizioni cliniche (Hammet al., 2020; Plunkett et al., 2020), hanno avuto accesso alle cure come di consueto (visite psichiatriche *online* o in presenza e reperibilità telefonica per le emergenze). Al contrario, uno degli studi che mostra un peggioramento dei sintomi riporta che i pazienti avevano spesso auto ridotto o interrotto le terapie (Zhou et al., 2020) e gli altri non chiariscono specificamente questo punto ma sono stati condotti in nazioni dove, a causa del lockdown, l'assistenza psichiatrica di *routine* non era garantita (Benatti et al., 2020; Hao et al., 2020).

Il principale limite di questo studio è la bassa numerosità del campione, che potrebbe aver ridotto la capacità di trovare una correlazione tra ricaduta/peggioramento dei sintomi e variabili socio-demografiche e cliniche soprattutto nei pazienti con disturbo di panico e disturbo ossessivo compulsivo. I principali punti di forza sono l'essere stato condotto su un campione clinico, e non reclutato *online*, e una valutazione delle condizioni psicologiche e psicopatologiche condotta attraverso il colloquio, un'intervista semi-strutturata e l'uso di scale standardizzate.

Conclusioni

In conclusione, i nostri risultati non confermano l'alta vul-

nerabilità alle conseguenze dirette e indirette dello stress da pandemia nei pazienti con preesistenti disturbi dell'umore e d'ansia. I risultati di altri studi, che mostrano un peggioramento delle condizioni cliniche e l'aumento di condotte di abuso di alcol o sostanze, potrebbero essere correlati non tanto alla preesistente patologia psichiatrica di per sé, come solitamente si ritiene, ma all'interruzione dell'assistenza specialistica di *routine* con conseguente impossibilità di modificare le cure in caso di cambiamento delle condizioni cliniche, insufficiente efficacia o comparsa di effetti collaterali. La continuità delle cure è in grado di contenere il rischio di peggioramento dei sintomi anche nei pazienti con disturbo ossessivo compulsivo, più sensibili allo stress da pandemia, come dimostrato dal più basso tasso di ricaduta/peggioramento dei sintomi nel nostro campione se confrontato con quello riportato in altri studi condotti su pazienti ai quali non era garantita l'abituale assistenza.

Per fortuna, la pandemia da COVID-19 sta perdendo potenza e l'assistenza sanitaria ha ormai ripreso regolarmente la sua attività. Questa esperienza, a nostro giudizio, lascia due importanti insegnamenti per i clinici, per chi si occupa dell'organizzazione dei servizi di salute mentale e per chi gestisce i mass media.

Innanzitutto, se si dovessero ripresentare condizioni di grave emergenza, come è stato il primo anno di diffusione del virus, sarà importante cercare di assicurare la continuità delle cure attraverso un approccio misto che combini telemedicina e, per chi ha difficoltà con la tecnologia, visite in presenza. Gli studi che dimostrano la pari efficacia tra visite psichiatriche/psicoterapie *online* e in presenza sono numerosissimi (Sharma e Devan, 2021; Swartz, 2021) e invitano ad adottare l'approccio online anche in condizioni di "normalità" perché consente notevoli risparmi di tempo e costi per il paziente oltre a facilitare l'accesso alle cure anche a chi vive in aree rurali e con minore disponibilità di servizi.

In secondo luogo, insegna ad essere più cauti nel diffondere informazioni non supportate da dati solidi su una maggiore vulnerabilità di chi soffre di disturbi dell'umore e d'ansia agli eventi traumatici rispetto alla popolazione generale. Questa ipotesi, formulata da esperti, ampiamente diffusa dai media ma poi non completamente confermata dai risultati della ricerca clinica, ha comunque trasmesso l'idea che soffrire di ansia o depressione significa essere particolarmente fragili aumentando lo stigma e l'auto-stigma che già grava su queste patologie.

Finanziamento

Questo studio è stato finanziato dalla Fondazione dell'Istituto di Psicopatologia Onlus, Roma.

*Istituto di Psicopatologia- Roma

**Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Università di Bologna - Bologna

Bibliografia

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.; American Psychiatric Association: Washington, DC, USA, 2013; p. 5.

Benatti, B.; Albert, U.; Maina, G.; Fiorillo, A.; Celebre, L.; Girone, N.; Fineberg, N.; Bramante, S.; Rigardetto, S.; Dell’Osso, B. What happened to patients with obsessive compulsive disorder during the COVID-19 pandemic? A multicenter report from tertiary clinics in northern Italy. *Front. Psychiatry* 2020, 11, 720.

Chatterjee, S.S.; Malathesh Barikar, C.; Mukherjee, A. Impact of COVID-19 pandemic on pre-existing mental health problems *Asian J. Psychiatry* 2020, 51, 102071.

Clay, J.M.; O Parker, M. Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: A potential public health crisis? *Lancet Public Heal.* 2020, 5, e259.

Cleare, A.; Pariante, C.M.; Young, A.H.; Anderson, I.M.; Christmas, D.; Cowen, P.J.; Dickens, C.; Ferrier, I.N.; Geddes, J.; Gilbody, S.; et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. *J. Psychopharmacol.* 2015, 29, 459–525.

Davidson, J.R.T.; Miner, C.M.; De Veugh-Geiss, J.; Tupler, L.A.; Colket, J.T.; Potts, N.L.S. The Brief Social Phobia Scale: A psychometric evaluation. *Psychol. Med.* 1997, 27, 161–166.

Druss, B.G. Addressing the COVID-19 Pandemic in Populations with Serious Mental Illness. *JAMA Psychiatry* 2020, 77, 891.

Gobbi, S.; Płomecka, M.B.; Ashraf, Z.; Radziński, P.; Neckels, R.; Lazzeri, S.; Dedić, A.; Bakalović, A.; Hrustić, L.; Skórko, B.; et al. Worsening of Pre-Existing Psychiatric Conditions During the COVID-19 Pandemic. SSRN Electron. J. 2020.

González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos MÁ, Saiz J, López-Gómez A, Ugidos C, Muñoz M. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain Behav Immun.* 2020 Jul;87:172-176. doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.040. Epub 2020 May 13. PMID: 32405150

Goodman, W.K.; Price, L.H.; Rasmussen, S.A.; Mazure, C.; Fleischmann, R.L.; Hill, C.L.; Heninger, G.R.; Charney, D.S. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Arch. Gen. Psychiatry* 1989, 46, 1006–1011.

Hamilton, M. A rating scale for depression. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 1960, 23, 56–62.

Hamm, M.E.; Brown, P.J.; Karp, J.F.; Lenard, E.; Cameron, F.; Dawdani, A.; Lavretsky, H.; Miller, J.P.; Mulsant, B.H.; Pham, V.T.; et al. Experiences of American older adults with pre-existing depression during the beginnings of the COVID-19 pandemic: A multicity, mixed-methods study. *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 2020, 28, 924–932.

Hao, F.; Tan, W.; Jiang, L.; Zhang, L.; Zhao, X.; Zou, Y.; Hu, Y.; Luo, X.; Jiang, X.; McIntyre, R.S.; et al. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain Behav. Immun.* 2020, 87, 100–106.

Iasevoli, F.; Fornaro, M.; D’Urso, G.; Galletta, D.; Casella, C.; Paternoster, M.; Buccelli, C.; De Bartolomeis, A. The COVID-19 in Psychiatry Study Group Psychological distress in patients with serious mental illness during the COVID-19 outbreak and one-month mass quarantine in Italy. *Psychol. Med.* 2020, 1–3. [CrossRef] [PubMed] *Medicina* 2021, 57, 304 8 of 8

Katzman, M.A.; Bleau, P.; Blier, P.; Chokka, P.; Kjernisted, K.; Van Ameringen, M. Canadian clinical practice guideline for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive compulsive disorders. *BMC Psychiatry* 2014, 14 (Suppl. S1).

Koran, L.M.; Simpson, H.B. Guideline Watch (March 2013): Practice Guideline for the Treatment of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder; American Psychiatric Association: Arlington, VA, USA, 2013.

Kostev, K.; Lauterbach, S. Panic buying or good adherence? Increased pharmacy purchases of drugs from wholesalers in the last week prior to COVID-19 lockdown. *J. Psychiatr. Res.* 2020, 130, 19–21.

Pappa, S.; Ntella, V.; Giannakas, T.; Giannakoulis, V.G.; Papoutsi, E.; Katsaounou, P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav. Immun.* 2020, 88, 901–907.

Pérez-Cano HJ, Moreno-Murguía MB, Morales-López O, Crow-Buchanan O, English JA, Lozano-Alcázar J, Somilleda-Ventura SA. *Cir. Cir. Anxiety, depression, and stress in response to the coronavirus disease-19 pandemic.* 2020;88(5):562-568. doi: 10.24875/CIRU.20000561.

Pinkham, A.E.; Ackerman, R.A.; Depp, C.A.; Harvey, P.D.; Moore, R.C. A Longitudinal Investigation of the Effects of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Individuals with Pre-existing Severe Mental Illnesses. *Psychiatry Res.* 2020, 294, 113493.

Plunkett, R.; Costello, S.; McGovern, M.; McDonald, C.; Hallahan, B. Impact of the COVID-19 pandemic on patients with pre-existing anxiety disorders attending secondary care. *Ir. J. Psychol. Med.* 2020, 8, 1–9.

Rajkumar, R.P. Bipolar disorder, COVID-19, and the risk of relapse. *Bipolar Disord.* 2020.

Sharma G., Devan K. The effectiveness of telepsychiatry: thematic review. *B. J. Psych Bull* 2021; 17 (1-8)

Sheehan, D.V. *Sheehan Anxiety and Panic Attack Scales*; Upjohn: Kalamazoo, MI, USA, 1983.

Stall, N.M.; Zipursky, J.S.; Rangrej, J.; Jones, A.; Costa, A.P.; Hillmer, M.P.; Brown, K. Increased prescribing of psychotropic medication to Ontario nursing home resident during the COVID-19 pandemic. medRxiv 2020.

Sun, Y.; Li, Y.; Bao, Y.; Meng, S.; Sun, Y.; Schumann, G.; Kosten, T.; Strang, J.; Lu, L.; Shi, J. Brief Report: Increased Addictive Internet and Substance Use Behavior During the COVID-19 Pandemic in China. *Am. J. Addict.* 2020, 29, 268–270.

Swartz H. A. Telepsychotherapy: the new normal. *Am J Psychotherapy* 2021; 1 (74):2-3

The Medicine Utilisation Monitoring Center. Report on Medicines Use during COVID-19 Epidemic; Italian Medicine Agency: Rome, Italy, 2020.

Unützer, J.; Kimmel, R.J.; Snowden, M. Psychiatry in the age of COVID-19. *World Psychiatry* 2020, 19, 130–131.

Wang, C.; Pan, R.; Wan, X.; Tan, Y.; Xu, L.; McIntyre, R.S.; Choo, F.N.; Tran, B.; Ho, R.; Sharma, V.K.; et al. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain Behav. Immun.* 2020, 87, 40–48.

World Health Organization (WHO). WHO Director-General’s Opening Remarks at the Media Briefing on COVID-19. Available online: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-generals-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19> (accessed on 11 March 2020).

Yao, H.; Chen, J.-H.; Xu, Y.-F. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry* 2020, 7, e21.

Yatham, L.N.; Kennedy, S.H.; Parikh, S.V.; Schaffer, A.; Bond, D.J.; Frey, B.N.; Sharma, V.; Goldstein, B.I.; Rej, S.; Beaulieu, S.; et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2018, 20, 97–170.

Young, R.C.; Biggs, J.T.; Ziegler, V.E.; Meyer, D.A. A Rating Scale for Mania: Reliability, Validity and Sensitivity. *Br. J. Psychiatry* 1978, 133, 429–435.

Zhou, J.; Liu, L.; Xue, P.; Yang, X.; Tang, X. Mental Health Response to the COVID-19 Outbreak in China. *Am. J. Psychiatry* 2020, 177, 574–575.

La Guerra, l'Onore e la Compassione nel Cinema

Un conflitto è una risposta inefficace:
forse Yemen, Libia o Siria stanno meglio rispetto a
prima?

Se qualcuno pensa che combattere possa essere la risposta giusta è perché sbaglia le domande.

Papa Francesco da "10 Preghiere per un futuro di speranza"

Con questo numero della Rivista, vogliamo parlare ai Lettori del Cinema della Guerra. Per svariate ragioni: perché è il Cinema che più si presta agli Effetti speciali, al trucco, alla simulazione della Realtà e purtroppo anche all'emulazione tramite la Fiction delle azioni sceniche anche di vari serial televisivi ad alto impatto emotivo, violento nei soggetti più fragili. (Ovviamente nel Genere che potremmo definire -costruzioni di artifici-ne è principe la Fantascienza e la Fantasy in cui però il Teatro della Crudeltà viene ricoperto dalla Favola e dalla Allegoria che ha una sua poeticità intrinseca). Entrando nel vivo del Cinema della Guerra, vediamo sotto vari aspetti, allacciando le cinture di sicurezza delle montagne russe di questa scrittura, nello spirito pluralista di idee di questa Rivista come suggerisce il Suo Direttore.

Perché questo Genere cinematografico, che occupa più della metà della Filmografia mondiale, in questo momento storico, è attuale in quanto caratterizzato da uno scontro tra Sovranismo e Europeismo, si declina in almeno due realtà belligeranti importanti: Russia contro Ucraina e Democrazie occidentali contro "Impero" cinese. Dopo Hiroshima la Guerra prende il nome di Catastrofe o Mostro riferito all'Atomica. Ma il Conflitto, comunque lo si chiami, non cambia il Terrore che genera, anche se il Fungo è definitivo ed è "combustione totale". Esso richiama all'Estinzione del Pianeta Terra. Il Presidente Biden parla di un Armageddon definitivo, dell'Apocalisse biblica che significa in realtà Rivelazione di un Mondo Nuovo, poi ironicamente smentita dalla sua portavoce politica. La Guerra e la sua propaganda a volte sono indistinguibili: sono fake news, che alimentano tutte le testate giornalistiche, senza eccezione.

Ma la Guerra e la Morte ammazzano la Libertà dell'e-

spressione dei propri Valori, com'è accaduto con Hadith Najafi, la ragazza curdo iraniana uccisa da un esponente teocratico a Theran perché manifestava senza velo. Nel video dei Social e delle Televisioni si apprezza la forza estetica della giovinezza e della bellezza, due doti che la rendono pericolosa agli occhi dei suoi assassini maschi. Una martire dell'Islam integralista. Ma, come dice Eugenio Borgna, nel libro *l'Agonia della Psichiatria* (1), "ci vuole coraggio per avvicinarsi all'Interiorità delle Anime perdute nel Dolore e nella Follia". Riprende un passaggio da Nietzsche, in *Così parlò Zarathustra* che dice: "Il coraggio ammazza anche la vertigine in prossimità degli abissi: e dove mai l'Uomo non si trova vicino ad abissi! Non era la vista già di per sé vedere abissi. Ed ancora: "Ma la compassione è l'abisso più fondo, quanto l'Uomo affonda la sua vista nella vita altrettanto la affonda nel dolore".

La Guerra può essere interpretata in vari modi: come fantasia infantile che mette in gioco l'Istinto di Vita e l'Istinto di Morte nella concezione psicoanalitica freudiana di Melania Klein (2), dove si confrontano due "posizioni", una schizo-paranoide, l'altra depressiva, che fanno parte del corredo mentale di ciascuno di noi, durante tutta la nostra vita, rincorrendosi nell'integrazione dell'Identità. Proiettiamo nel nemico parti scisse di noi oppure siamo nemici a noi stessi come accade per esempio nei sussulti ipocondriaci fino al delirio di rovina e di onnipotenza, oppure ancora, nella Guerra si manifesta da un punto di vista evolucionistico, uno sviluppo filogenetico aggressivo del genere Homo, per l'affermazione della Specie sapiens su altri simili in condizioni minoritarie, in quanto dotato, insieme ad altri Mammiferi, di strutture anatomiche limbiche, quale l'amigdala, che regolano, appunto, l'Aggressività e l'Ansia (3), nei comportamenti violenti e/o inibiti.

Sia la Follia che la Guerra non danno alcun significato al futuro, non hanno futuro, a meno ché, con spirito cristiano, la Morte ci libera dal pericolo della chiusura su noi stessi e come dice il gesuita, evolucionista Pierre Teilhard De Chardin, per superare l'Egocentrismo dell'Uomo a dispetto di tutti gli altri abitanti del Pianeta, dobbiamo "de-

centrarci” al bando di tutti gli egoismi che generano Guerre. Nella sua visione cristiana, il cammino verso la Comunione universale ridefinisce la Morte come parte della Vita: “Ecco perché in ogni Morale la perfezione è legata alla Sofferenza, la Vita più alta si raggiunge con la Morte”. Più oltre lasceremo spazio ad una concezione Etica-estetica della Visione Buddista della Guerra e della Morte, attraverso uno scritto del Maestro Fausto Taiten Guareschi, Abate del Monastero Zen Soto di Fudengji di Bargone (Parma), la prima Comunità fondata in Italia circa quarant'anni fa, che è stato invitato a portare un contributo al tema della Guerra e che ci ha proposto il film: Tora! Tora! Tora!. Il film diretto da Richard Fleischer, Kinji Fukasaku e Toshio Masuda, narra dell'attacco lampo, a sorpresa dell'aviazione giapponese alle navi americane nel porto di Pearl Harbor, con ingenti danni a queste ultime e che fece dire a Roosvelt: Questo è un giorno che vivrà nell'infamia. Il film fu premiato con l'Oscar per i migliori effetti speciali; si trattò di una cooperazione USA-Giappone, alla ricerca, da parte degli sceneggiatori, di un'obiettività che crediamo impossibile riguardo le cose della guerra (e dell'Amore) Eros et Thanatos, che il critico cinematografico Morandini dice: “Con qualche indulgenza nel giustificare le azioni giapponesi”. Il secondo film è: “Arpa birmana” (1956) di Kon Ichikawa, che narra di un soldato giapponese che una volta sconfitto il suo esercito, incitato dai suoi commilitoni, a stare in gruppo con loro decide di dedicarsi alla sepoltura dei compagni caduti, diventato bonzo, istruito da un Monaco buddista, con un gesto di grande compassione rituale, accompagnandosi con il suono della sua arpa. Oscar al miglior film in lingua straniera nel 1956. Tratto curiosamente da un racconto per bambini di Michio Takeyama. Quindi due film: uno militare e l'altro antimilitarista, ma con profonde similitudini tra di loro, perché la Guerra e la Pace convivono nell'animo umano dagli albori dell'Umanità, come ci insegna la Psicanalisi, la Storia e l'Archeologia.

Prima di lasciare la parola al Maestro Fausto Taiten Guareschi, per uno studio sul *Rito stilizzato artisticamente* – poi entreremo più nel dettaglio – volevamo dare qualche altra precisazione di tipo Psicoanalitico. A tal proposito consiglio la lettura de: “Il rito religioso” di T. Reik (4). Secondo la Psicoanalisi, il Rito viene visto e spiegato come un impulso incoercibile di cerimoniali ossessivi al punto che si possa trattare la Nevrosi, come una Religione Privata e la Religione come una Nevrosi Ossessiva Universale. Come spiega Freud in un'opera del 1907 intitolata: “Comportamenti Ossessivi e Pratiche Religiose”.

Teorie che sono servite più a conoscere le Origini dell'Etnopsichiatria che alla Clinica delle Malattie Mentali. Sempre piacevole ed istruttiva la lettura dell'Opera di Freud: Totem e Tabù (5).

Tornando alla Guerra, essa sembra essere ineluttabile, finché da una parte e dall'altra c'è il Disarmo, la Stanchezza

e in nuce sotto le ceneri che si vanno spegnendo alcuni focolai possono riattivare le scintille della Speranza della Pace e della Verità perché della Guerra, essa è la prima vittima, come dice Eschilo. Restando in campo Psichiatrico, Tanzi asserisce, nel suo Trattato di Psichiatria, in tema di Paranoia, che il Malato non guarisce ma con il tempo si disarmo. Così avviene in guerra, come fanno i belligeranti nel film: Duello nel Pacifico (1968) di Boorman, in cui un soldato giapponese (Mifune) ed un americano (Marvin), rimasti soli su un'isola, prima si fronteggiano, poi costruiscono una zattera, perché in questi frangenti la solidarietà paga più delle ostilità. Ma il conflitto viene riattivato quando sulla rivista Life vedono una foto di Giapponesi morti e così continua

Tora! Tora! Tora! – Il Rito e la Perfezione

Ed è con spirito aperturista che ospitiamo un esempio “forte” di concetti di scrittura per mano del Maestro Buddista Guareschi, che scrive: “*il Rito suscita una profonda emozione anche in chi non capisce le sequenze liturgiche, né i testi recitati. Il rito non lascia mai il tempo di capire fino in fondo. L'esecuzione dei gesti non può limitarsi alla sola precisione, ma stilizzarsi artisticamente. Il lavoro da intraprendere è serio e impegnativo: anche semplicemente un inchino richiede notevole maestria e perciò costante pratica*

Una scena mi ha particolarmente colpito. Prima di lanciarsi nell'impresa del bombardamento, gli aviatori giapponesi si inchinano militarmente davanti all'altare shinto della portaerei comandata dall'ammiraglio Yamamoto. Nel film si respira già la consapevolezza della fine disastrosa a cui condurrà quel primo vittorioso attacco giapponese. La scena del saluto all'altare shinto da parte dei piloti pronti al decollo e alla battaglia, è carica di vigore e bellezza tragica. Guardandola attentamente si può cogliere il ritmo, il pendant, di quel gesto straordinario, commovente. Sposano la morte, il coraggio, l'onore, la gloria. Lì non ci sono giapponesi e americani, c'è l'onore, l'uomo dell'olocausto, della combustione totale, della piena e totale consumazione, del sacrificio. E un messaggio inviato nell'eternità, nello spazio. Ora è a tale esperienza che ci viene proposta a cui noi guardiamo come a un incontro diretto e personale.

Il Maestro Taisen Deshimaru usava ripetere: “Durante zazen la nostra vita non esiste per noi stessi”. Per Confucio “non esiste umanità senza ritualità. Tutti noi siamo vincolati dal nostro comportamento. Non possiamo essere indifferenti a questa concentrazione, a questo rito. Ad un certo punto, poi, ci rendiamo anche conto di essere insufficienti, di non aver manifestato pienamente tutto quello che avevamo nel cuore: ecco la dimostrazione di come il rito oltrepassi le nostre possibilità. Con il Rito si manifesta più di ciò che è possibile altrimenti; è quindi estremamente importante, è civiltà, cultura”.

Osserviamo che nel Rito nella sua ripetizione ci assicu-

riamo un'Eternità; la a-temporalità del gesto *ci fa presente*, annulla il passato e il futuro, diventa *sacro* ed annulla le differenze fra le Religioni, anche se il cerimoniale cambia. Ed allora perché le Guerre? Perché le Guerre e le Religioni hanno bisogno di capri espiatori, di persone che si immolano o per l'Imperatore o per Dio: tutto questo genera una *Sacra Violenza* (René Girard) (6). In un film del 1977 di R. Scott, dal titolo "I Duellanti", tratto da una novella di Conrad, due ufficiali dell'Esercito napoleonico si affrontano in duello per quattordici anni, in un cerimoniale che procrastina la Morte, che fa perdere *il senso* al duello stesso (ma i combattimenti sono sempre fuori da una logica di Vita, in un tempo e in uno spazio distopici). Sembra essere un perenne atto mancato psicoanalitico.

Riportiamo ora un passo tratto da "Fatti di fuoco" (7) del Maestro Guareschi: *Nel cuore di ogni istante pulsa quanto di più inappellabile si possa immaginare. Non c'è cosa più bella di un momento insignificante. Per questo, forse, ogni istante di vita è così, colmo di richiami, speranze, gioie. Il pensiero logico disgiuntivo non può che contrapporre la vita alla morte. Con l'immaginazione, brutalità e dolcezza procedono mano nella mano. E questo, chiunque abbia combattuto, non può ignorarlo: sopporta, connette contraddizioni e ambivalenze. Costretti a fingere o a immaginare una vita dalla durata eterna, che il morire è costretto in ogni segmento infinitesimale del vivere. Da adolescente avevo appeso nella mia camera l'immagine di un bonzo vietnamita, fermo, seduto, avvolto dalle fiamme, attorniato dal suo popolo che, a mani giunte, in silenzio ne venerava il sacrificio vivente. E ripenso spesso alla guerra che non ho combattuto e che da bambino, ascoltando i racconti di mio padre, mia madre, i nonni e i parenti, ritenevo far parte della vita, come andare a scuola, giocare, fare la cresima o la prima comunione.*

Marte si manifesta come euforia sulle banchine dei porti e delle stazioni ferroviarie, sulle piste degli aeroplani, la banda che suona, tra i saluti, gli abbracci, le promesse scambiate con familiari, fidanzate, mogli e soldati pronti a partire per la guerra. Nel film "Come eravamo" di S. Pollack del 1973, commovente il distacco amoroso tra Redford, Capitano di Marina, e Straisand, che si immolano per i propri ideali di Vita. Lui per la Guerra e lei per il Pacifismo, lasciandosi nella confusione totale delle partenze per il fronte.

Ma noi ragazzi la guerra l'abbiamo fatta immaginando di essere soldati nei nostri cortili di casa, guerra fra bande, guerra di quartiere, costruendoci armi e scudi di legno, ricordiamo per inciso il bellissimo music-hall "West Side Story" (1961) di Wise, dove si succedono amori e conflitti adolescenziali pulsionali, anche tra Etnie diverse. C'è una poetica ed un'estetica nei giochi in presenza cosa che ora non accade ora, perché le Lotte sono virtuali.

...Ritenere che la guerra sia normale, inumana, sublime, che sia sempre esistita, contrastabile con l'amore e la ragione, che chieda di ubbidire al suo sacro richiamo, non

basta a risolvere l'arcano mistero che l'ha sempre costituita. Calandoci, però, nella complessa conflittualità di un reale, che possiamo soltanto immaginare, e sospendendo ogni impulso ad agire – a quell'agire a cui ogni fede ci spinge, affermando il proprio oggetto – forse ci risveglieremo alla stultitia alla follia del suo amore.....

...Anche l'amore nella guerra e per la guerra conduce, porta fuori da se stessi, in una dimensione inusuale, insolita, nella quale si trova una nuova personalità. E, come ammettono molti combattenti, l'estasi diventa il momento più esaltante, quello mai sperimentato, come nell'amore passionale e in quello mistico, si diventa folli, pazzi, si fanno cose mai fatte prima, s'infrangono regole, limiti ... I combattenti, una volta tornati a casa, non trovano parole per parlane! Hanno sperimentato insieme terrore e bellezza. E come quando si è attraversata un'esperienza mistica o religiosa, c'è il silenzio e la parola tace.

Ma per cosa combattono i soldati? Per la democrazia per proteggere il solo paese o per che altro? Morire per un Altro è la parte più importante e comune ad ogni forma d'Amore: l'Altro.

"L'Arpa birmana" (1956) – *Rossi come il sangue sono i monti e la terra della Birmania.*

C'è il silenzio e la parola tace, qualcuno muore, qualcuno deve seppellire i morti, per la pietas che accomuna o che dovrebbe accomunare amici e nemici in Guerra. Ne è un esempio questo Film, che pur essendo un film sulla Guerra è anche un Film di Pace. La trama del film è condensata in queste parole: Birmania 1945, la guerra ormai volge al termine e le unità giapponesi devono raggiungere la Thailandia, per sfuggire alla morte; marciano accompagnati dall'arpa birmana del soldato scelto Mizushima, che tiene su il morale. Si recano durante la ritirata presso un villaggio circondato dagli Inglesi e mentre il capitano è incerto se resistere o arrendersi, l'arpa di Mizushima suona "casa dolce casa". I giapponesi vengono chiusi nel campo di concentramento e solo Mizushima viene mandato presso una guarnigione giapponese che si rifiuta di arrendersi. La guarnigione viene però distrutta, perché il Capitano ritiene che l'onore sia più importante della resa e della Vita, solo Mizushima sopravvive anche se ferito, incontra un bonzo che lo guarisce, si mette in viaggio per raggiungere i suoi compagni detenuti. Durante questo avvicinamento inizia una pietosa sepoltura delle salme lasciate in terra. Quando i soldati lo rivedono, gli dicono di tornare con loro in Patria, ma Mizushima intona il canto dell'addio ed una lettera che dice: *"Ho superato i monti, guardato i fiumi, come la guerra li aveva superati e guardati in un urlo insano. Ho visto l'erba bruciata, i campi riarsi ... perché tanta distruzione caduta sul mondo? E la lue mi illuminò i pensieri. Nessun pensiero umano può dare una risposta a u interrogativo inumano. Io non potevo che portare un poco di pietà laddove non era esistita che crudeltà. Quanti dovrebbero avere questa pietà! Al-*

lora non importerebbero la guerra, la sofferenza, la distruzione, la paura, se solo potessero da questa nascere alcune lacrime di carità umana. Vorrei continuare in questa mia missione, continuare nel tempo fino alla fine”.

Parole che commentano da sole l'inumanità della Guerra, la sua atrocità ed ineluttabilità. I riti della sepoltura riscattano tale brutalità e si ritrovano in tutte le Culture: ricordiamo solo la richiesta di Priamo di ottenere le spoglie del figlio Ettore dal nemico, abbracciando le ginocchia di Achille.

Stralciamo, per finire, alcune frasi tratte dalla presentazione della Rassegna 2022: la Salute della Salute Mentale - *A/Esse*nze - AUSL Parma che danno una risonanza emotiva universale a chi la legge: *“In tempi difficili, noi esseri umani, per sopravvivere come tali, abbiamo bisogno di ricordarci chi siamo realmente. Solamente risvegliandoci alla nostra essenziale nobiltà, bontà e saggezza possiamo mantenere la nostra salute mentale e coltivare la pace dentro di noi per poterla riflettere all'esterno nel benessere sociale e dell'ambiente”.*

*Psichiatra - Parma
nellocastaldo@gmail.com

Bibliografia:

- (1) Borgna E., *Agonia della Psichiatria*, Milano, Feltrinelli, 2022.
- (2) Klein M., *Invidia e gratitudine*, Firenze, Martinelli, 1960.
- (3) LeDoux J., *Ansia*, Milano, Cortina, 2020.
- (4) Rei T., *Il Rito religioso*, Torino, Einaudi, 1949.
- (5) Freud S., *Totem e Tabù*, Torino, Boringhieri, 1960.
- (6) Girard R., *La violenza e il Sacro*, Milano, Adelphi, 1972.
- (7) Guareschi F., *Fatti di fuoco*, Casa dei Libri Porte d'Oriente, 2015.

Filmografia:

- Tora! Tora! Tora! (1970) (Fleicher; Fukasaku; Masuda)
Arpa birmana (1956) (Ichikawa)
West Side Story (1961) (Wise)
Come eravamo (1973), (Pollack)
Duello nel Pacifico (1968) (Boorman)
I Duellanti (1977) (Scott)



Prendersi cura dell'incerto: forza estetica e spirituale del Giappone

Taking care of the uncertain: aesthetic and spiritual strength of Japan

Riassunto

Il Giappone, geograficamente precario sin dalla nascita, rappresenta il paese che per eccellenza ha sviluppato una concezione filosofica, spirituale, estetica di riferimento in termini di tolleranza dell'incerto. Non teme il vuoto, il non definito, ma accoglie queste zone d'ombra come fonti di energia creativa in grado di portare a una crescita e una riparazione, che nel caso del Giappone assume le caratteristiche di riparazione creativa, artistica, spirituale. Non esiste ambito all'interno del quale non si possano intravedere queste caratteristiche: dal teatro all'architettura, dalla mitologia alla letteratura, dalla fotografia alla filosofia.

La seconda guerra mondiale rappresenta senza dubbio la cesura più profonda della storia giapponese, per questo, con un ampio sguardo sul periodo, è possibile cogliere, apprezzare e ammirare la vera essenza dello spirito nipponico, paese dove l'impulso artistico diventa spirituale e guida di un paese alla ricerca di un'armonia in continua costruzione.

Parole chiave: L'incerto, Giappone, arte giapponese, *iki*, *Genbaku Bungaku*, Seconda Guerra Mondiale.

Summary

Japan, geographically precarious since its birth, represents the country par excellence that has developed a philosophical, spiritual, aesthetic conception of reference in terms of tolerance of the uncertain. He is not afraid of the void, the undefined, but welcomes these gray areas as sources of creative energy capable of leading to growth and repair, which in the case of Japan take on the characteristics of creative, artistic, spiritual repair. There is no field within which these characteristics cannot be found: from theater to architecture, from mythology to literature, from photography to philosophy. The World War II undoubtedly represents the deepest caesura in Japanese history, for this reason, with a broad look at the period, it is possible to grasp, appreciate and admire the true essence of the Japanese spirit, a country where the artistic impulse becomes spiritual and guides of a country in search of an ever-building harmony.

Key words: The uncertain, Japan, japanese art, *iki*, *Genbaku Bungaku* World War II.

LA LEGGENDA DI NAMAZU

L'arcipelago giapponese, antica terra di *Yamato*,¹ ha sempre vissuto nella precarietà, in quanto terra posta al confine tra due placche tettoniche e oggetto di una elevata attività sismica. Nella mitologia giapponese una leggenda narra che (si può ammirare come lo spirito artistico abbia saputo declinare paure e angosce profonde) *Namazu*, un gigantesco pesce gatto, vive al di sotto del paese nipponico e con la sua lunga e vigorosa coda causa tsunami e scosse imponenti; il dio del tuono, *Kashima*, lo tiene a bada nelle profondità della terra, nel fango, controllandolo con una pietra legata al suo possente corpo che ne limita i movimenti e dalla quale *Namazu* tenta sempre di



Fig. 1 Stampa raffigurante *Namazu* la popolazione che si scaglia contro di lui.

liberarsi ogni volta che *Kashima* si distrae. *Namazu* non è visto solo come distruttore ma anche come divinità della riparazione, che ha il compito risanare il mondo riportandolo a una maggiore stabilità ogni volta che questa viene messa in discussione. I giapponesi dimostrano di accettare i propri limiti e accogliere questa condizione di continua incertezza a favore dell'eterna ricerca di equilibrio, alimentata da uno spirito inestinguibile che continuerà a sostenere il loro mondo qualsiasi cosa accada.

“IL REGNO DELL'IMPERATORE”

Possa il Tuo Regno

Durare per Mille Anni, per Ottomila generazioni

sino a che i sassi

non diventino roccia

e su questa cresca il muschio

(*Kimi ga yo*, inno nazionale giapponese)

Il Giappone si affida alle parole di una poesia *waka*,² componimenti che in genere parlano di natura e amore, inclusa in una raccolta del periodo Heian (794 – 1185), per raccontare al mondo il suo spirito, la sua natura, la sua essenza. Emblematico che l'autore del componimento sia sconosciuto e non esista nessuna traduzione ufficiale né nel titolo né del testo. Un popolo che non teme l'incertezza, il vuoto, il non definito, tanto da trarne forza per il suo inno nazionale. Un componimento che nella sua brevità (rappresenta l'inno nazionale più corto al mondo) mira all'estrema intensificazione della sensibilità e permette di esprimere, quasi sussurrare, con efficacia, un sentimento di inestinguibile orgoglio e vigore.

L'ARTE DEL TEATRO

Il Giappone è probabilmente l'unico paese ad aver conservato vive tutte le forme di teatro, dai rituali preistorici propiziatori della magia e dello sciamanismo fino ai più moderni; ha sempre continuato a essere attivo in tutte le epoche, in tutte le sue forme: il *kabuki* (letteralmente “canto e arte della danza”), che rappresenta la pienezza dell'espressione e abbonda nello sfrenato compiacimento delle libere manifestazioni di sentimenti di ogni genere; il *No* (letteralmente “abilità”), caratterizzato da lentezza, grazia spartana e maschere austere, dove è l'allusione e non l'espressione esplicita a regnare sulla scena e la rappresentazione simbolica è al servizio della più rigorosa bellezza; il *Bunraku* (nome che deriva da un famoso burattinaio), teatro delle marionette che, non essendo vincolate alle leggi fisiche e biologiche del corpo come gli attori, vivono nel regno della magia e della fantasia che non pone loro confini; il *Kyogen* (letteralmente “parole sciocche”), forma comica volta a far ridere e rilassare lo spettatore e che spesso contiene annotazioni di critica sociale.

Inoltre, questo mondo, nel corso della seconda guerra mondiale, entrò in relazione con la realtà sociale, politica

ed economica del presente, nacque così il *puroretaria engeki* (teatro proletario) che, prospettando l'esigenza di guardare con spirito critico a quanto stava accadendo e aspirando a obiettivi concreti anche esterni all'ambito roseo dell'arte, promuoveva un “realismo proletario”.

L'evento storico e tragico senza precedenti delle due bombe atomiche sganciate sulle città di Hiroshima e Nagasaki non ha lasciato indifferente questo mondo. Un esempio è l'opera teatrale *Maria no kubi* (La testa di Maria) di Tanaka Chikao, che parla delle ferite della bomba nella città di Nagasaki da una prospettiva cattolica, avendo la città giapponese preservato il cristianesimo portato dai missionari a partire dal 1549. In un intricato intreccio di personaggi, un gruppo di cattolici in segreto tenta di ricomporre la statua della Madonna andata in pezzi a seguito dell'esplosione, esplicita metafora della difficoltà di ricostruire quanto distrutto dalla deflagrazione della guerra. Il gruppo in questione è capeggiato da un'infermiera rimasta sfregiata durante i bombardamenti che di notte si prostituisce; falliscono nel momento di mettere l'ultimo pezzo, la testa, ma questa inizia loro a parlare ricostruendo così la loro fede e speranza di salvezza. Non è stato possibile ricostruire interamente l'icona e riportarla al suo fasto originario, ma allo stesso tempo è la forza d'animo ad aver predominato; ciò che rinascerà non sarà uguale come da principio ma conserverà una forza maggiore, spirituale, simbolica, un segno immortale, che garantirà la vera energia salvifica di un popolo pronto a ridestarsi.

Nel truce periodo di crescente militarismo sfociato poi nella tragedia bellica, il mondo del teatro è, tra gli ambiti delle arti, quello che ha portato maggiore conforto ai soldati e non solo, tentando di opporre al dramma della guerra la sua forza e il suo richiamo di umanità, resistendo a quelle intemperie belliche che travolgevano, accecano, annientavano uomini, ideali e coscienze. Questo ha permesso nel dopoguerra, periodo in cui si iniziava a percepire il vento di speranza della democrazia, nonostante i bombardamenti avessero annientato la maggior parte dei grandi teatri, da una parte di riaffermare con maggior forza quegli ideali estetici e quella propensione irrinunciabile all'intreccio tra arte, vita e spirito; dall'altra di promuovere con maggior vigore un realismo rassicurante emblema dello stato psicologico del paese prostrato, mostrando così il movimento oscillatorio tipico del paese nipponico che è sempre stato in grado di preservare l'antico accogliendo il moderno in una dialettica in continuo evolversi.

IKI

Nel film capolavoro “Memorie di una *geisha*” tratto dal romanzo di Arthur Golden, si può benissimo osservare come lo stile di vita sostenuto dalle *geishe* tra *kimono*, *shamisen*,³ danza e case da tè, abbia continuato a essere il

centro della loro esistenza anche con l'avvento della guerra e dei conseguenti cambiamenti, come la convivenza con gli americani che di quei costumi e di quella cultura, dalla personalità così forte, non sapevano nulla. La nostra protagonista, la *geisha* più famosa dell'*Hanamachi*,⁴ a causa della guerra è costretta a lasciare tutto per rifugiarsi nella lontana campagna. Dopo la fine del conflitto e la resa del Giappone, Sayuri ritorna nel suo vecchio *okiya*,⁵ ritrova la sua polverosa stanza, i suoi trucchi, i suoi *kimono* e riprende lì dove tutto aveva avuto inizio, sorretta da quello spirito inarrestabile che non soccombe mai.

Anche dopo lo stanziamento americano le *geishe* continuarono con la loro arte. Aggrapparsi a quel concetto di estetica è stata la loro salvezza e lo è ancora oggi e deve essere fatto il possibile per preservarla: a *Gion* (Kyoto), il quartiere delle *geishe* più famoso del Giappone, ai turisti viene intimato, con tanto di cartelli, di non fare foto, toccare, infastidire in nessun modo le *geishe* che incontrano passeggiare.

Per definire questo ineffabile fascino con il suo rigoroso sistema estetico di riferimento, si utilizzava un termine dall'esistenza culturale ben precisa: *iki*. Kuki Shuzo (1888 – 1941), filosofo, poeta, scrittore giapponese, dedica molte riflessioni a questo concetto, cercando di penetrare la parola con un ampio sguardo nel tentativo di catturare l'essenza; l'*iki* per lui rappresenta “*la perfetta sprezzatura dell'anima che si è affinata attraversando la gelida spietatezza del mondo instabile, e il distacco di quest'anima che, con eleganza e senza rimpianti, si è affrancata dall'infondato attaccamento alla realtà*” e ancora afferma: “*sballottolato dalla vita, lo zotico diventa iki*”.⁶

Quando Jun'ichiro Tanizaki nel suo “Libro d'ombra” osserva che la qualità che chiamiamo bellezza deve sempre sorgere dalle realtà della vita, ci porta a interrogarci sulla natura di queste realtà: tragiche, dolorose, paurose ecc. e a riconoscere che la caratteristica fondamentale del pensiero tradizionale estetico giapponese predilige la rappresentazione simbolica piuttosto che quella realistica. Per questo “*solo quando la fascia di seta si è logorata in cima e in fondo il rotolo sembra bello*”.⁷

La capacità di stare in questo mondo instabile attraverso l'incantesimo dell'*iki*, che coniuga seduzione, rinuncia ed energia spirituale, ha permesso alla *geisha*, e non solo, di trovare e preservare il suo ritmo vitale veicolato dalla sua arte; per questo “*le cortigiane non si comprano a suon di denari, ma si conquistano con l'energia spirituale*”.⁸

GENBAKU BUNGAJU (letteratura della bomba atomica)

Anche in questo caso la spinta artistica vitale dei giapponesi, ha dato origine a un prodotto unico nel suo genere, ovvero un filone letterario che raccoglie gli scritti relativi alle esplosioni atomiche di Hiroshima e Nagasaki: diari,

fumetti, opere teatrali, poesie ecc. È la testimonianza dei sopravvissuti (*hibakusha*); è lo sguardo critico di chi non ha vissuto in prima persona il tragico evento, ma ne parla facendone una rielaborazione artistica secondo la propria sensibilità; è la terza generazione di scrittori che guarda al passato per riflettere sul futuro, sul post-nucleare, facendo eco alle due città distrutte senza nominarle, accogliendone le conseguenze per una riflessione che trasversalmente oltrepassa la storia sino ad oggi.

Nel celebre film d'animazione “Una tomba per le luciole” (1988), tratto dal racconto semi-autobiografico di Akiyuki Nosaka, è messa in scena una storia piccola, intima e personale: lo spirito di due giovani fratelli, rimasti orfani dopo i bombardamenti di Kobe, ci guida lungo i mesi finali della guerra e della loro drammatica esistenza. Sembra non esserci spazio per la speranza sin dalla battuta d'inizio: “*La sera del 21 settembre del 1945 io morii*”.

Il climax drammatico si può leggere nelle sorti della scatola di latta custodita dal fratello maggiore: prima fonte di preziose caramelle da centellinare, poi borraccia e infine urna dove conservare i resti della sorellina. Significativo che questa confezione sia diventata iconica nel Giappone moderno e sarà possibile acquistarla ancora fino a gennaio 2023, quando la compagnia originaria chiuderà i battenti.

La devastante e attraente potenza emotiva del film ci porta dentro il dramma e a sentirci spiriti come i piccoli protagonisti; forse è in questa dimensione che trova posto la speranza, gli spiriti ripercorrono il loro dramma e finiscono con il guardare una Kobe moderna piena di grattacieli, immortali presenze e guide di un paese che non dimentica e non può dimenticare.

È in uno spazio tra assenza e presenza che continuano a vivere i due protagonisti.

“*Nella vita, o tra la vita e la non vita, vi è sempre una zona di non significazione alla quale non siamo mai in grado di assegnare un senso compiuto, perché si trova al di là (o al di qua) di ogni senso definibile, determinabile una volta per tutte*”.⁹

Marcello Ghirardi usa le suddette parole nel tentativo di far trasparire l'impossibilità di stare e vivere in una piechezza di significato svincolati da ambiguità, paradossi, zone d'ombra, in cui ci troviamo davanti a un senso inafferrabile delle cose. Prende come riferimento una celebre fotografia che, al di là del valore documentaristico, raggruppa in un denso intreccio immagine – tempo – memoria, consegnandoci a questa dimensione tanto viva quanto inafferrabile, che forse si può scorgere dalla stessa parola *shashin* (fotografia), composta da *sha* (proiettare) e *shin* (verità), dove la verità è rappresentata non tanto da un significato trascendente da cogliere e fissare in immagine,

ma dalla vitalità e qualità energetica del segno e del processo.

Nel 1945 Matsumoto Eiichi scatta a Nagasaki, in un punto situato a poco più di 4 km a sud dall'epicentro dell'esplosione, una fotografia destinata a diventare l'immagine - simbolo della cesura più profonda della storia giapponese e volta a introdurre una nozione moderna di perdita. Ciò che si vede oscilla tra la presenza visiva e l'assenza di quella stessa presenza. Mostra la parete di un edificio che ha resistito allo scoppio della bomba e che reca un'immagine, un'ombra, la sagoma di una scala e accanto la figura di un uomo. Un uomo e una scala che non ci sono. Una presenza-assenza. Lo scoppio della bomba ha prodotto una sorta di *flash* che ha proiettato e fissato sull'edificio quelle ombre. Il dramma di un'ombra priva del suo corpo che ha trasformato quel corpo in fantasma.

“La vita è un sonno e la morte è il tempo del risveglio, e l'uomo cammina fra l'uno e l'altro come un fantasma”
(Proverbio orientale)



Fig. 2 Ombra di una scala impressa su un muro a Nagasaki (Matsumoto Eiichi), [Enciclopedia dei fotografi giapponesi], Takosha, Kyoto 2000.¹⁰

ARCHITETTURA SPIRITUALE

Anche lo spazio architettonico è il risultato di profonde riflessioni filosofiche e per questo rispecchia l'essenza dello spirito Giapponese.

Quando si inizia a progettare una casa la prima domanda che ci si pone è: “come facciamo *madori*?”.

La chiave risiede nel termine “*ma*”.

“La coscienza estetica di ma nasce con la percezione di una distanza, a partire da una rottura temporale o spaziale [...] “Ma” è una distanza tagliata sia nello spazio che nel tempo, e si può affermare che sia una coscienza estetica che insorge in base a quella particolare lacera-

*zione! Dunque “ma” implica una cesura, un taglio, una discontinuità”.*¹¹

La lacerazione della guerra e la discontinuità che scandisce la vita nei momenti di grande incertezza determinano la necessità e il bisogno di vivere negli spazi interstiziali, come per i giapponesi l'*engawa* (tipica passerella delle case) e il *fuchi* (veranda), che separano e uniscono, che scandiscono il ritmo di un incedere dentro-fuori; spazi di mezzo, che in combinazione con gli *shoji* (finestre e porte scorrevoli) regolano il movimento tra interno ed esterno, per custodire il luogo intimo e per promuovere la comunicazione con l'esterno. Tutta questa fluida armonia regola l'abitare in base al susseguirsi delle stagioni tanto importanti per i giapponesi; infatti, lo spazio abitativo è sottoposto a continui cambiamenti funzionali al variare delle stagioni e all'età degli abitanti.

Si potrebbe dire che, allo stesso modo, la stagione della guerra rappresenta proprio la necessità di strutturare un luogo sicuro, uno spazio interno tanto solido quanto flessibile a seconda delle esigenze dettate sia dall'ambiente esterno sia dal proprio mondo interno.

LA GUERRA

Il Giappone è stato protagonista di una sequenza di guerre che si sono succedute a intervalli in una decina di anni e che hanno determinato un periodo di grande precarietà: la guerra sino-giapponese nel 1894-1895, la guerra nipponica nel 1904-1905, l'intervento in Siberia nel 1918, la seconda guerra nippo-cinese e l'occupazione della Manciuria nel 1937, fino alla catastrofe della Seconda Guerra Mondiale con la guerra nel Pacifico nel 1941. Eppure *“il fatto che l'orgoglio patriottico si sia riaffermato così in fretta, dopo la difficile situazione dovuta alla sconfitta nella Seconda guerra mondiale, non testimonia solo la profondità del sentimento nazionale, ma dimostra anche la forte capacità di recupero dei giapponesi.”*¹²

La capacità di reagire alle circostanze fa leva su valori e comportamenti che affondano le loro radici nell'antichità: l'attitudine di preservare il vecchio e accogliere il nuovo, mischiando i due aspetti con quella capacità di “giapponesizzare” propria del popolo nipponico, il pragmatismo, la capacità di accettare i propri limiti perseverando nell'eterna ricerca di un'armonia ricostituente, quella che un tempo veniva chiamata *musubi*, “armonia”, “legame”, “forza vitale”, una forza cosmica che crea e promuove la vita, in un processo di continuo abbellimento e sublimazione, e che oggi è diventata *Reiwa*, “bella armonia”, nome dell'attuale era del Giappone.

Nel 1945 con la sconfitta dell'impero nipponico e prima ancora della firma della resa senza condizioni, Douglas MacArthur fu nominato comandante supremo delle forze alleate in Giappone e, in una nazione abituata a essere gui-

data da una personalità forte come l'imperatore di origine divina, fu accolto come uno *shogun*,¹³ come un imperatore americano del Giappone.

Nonostante i suoi numerosi interventi (distruggere il potere militare, ridestare l'economia, rendere moderna la costituzione ecc.) puntassero a incidere sulla società tradizionale, mirando a consentire al paese di procedere di pari passo con il pensiero moderno e il modo di agire progressista, per consentire al popolo nipponico di riacquistare la propria dignità e fiducia, invitò la popolazione a non abbandonare le tradizioni, ma a *"cercare un giusto equilibrio fra le loro migliori qualità e le nostre"*.¹⁴ Forse MacArthur aveva assimilato quello spirito, quella capacità di stare nel mezzo propria del popolo nipponico, e non voleva venisse distrutta, tanto che, nonostante i pareri contrastanti e le numerose critiche che lo travolsero, salvò l'imperatore Hiroito, che dovette rinunciare alla sua asserita origine divina, ma non fu processato come criminale di guerra. Pare che tra loro nacque una profonda affinità, sostenuta da una parte dal fascino esercitato dallo spirito nipponico sul comandante americano; dall'altra dalle fascinazioni della modernità e del progresso promosse nella terra dell'imperatore divino; questo connubio portò a preservare le radici di quel popolo dalla personalità tanto forte quanto sfuggente, consentendo allo stesso tempo una serie di movimenti verso la modernità professata dall'Occidente.

Risultato di questo incontro, tra MacArthur e Hiroito, tra il Nuovo Mondo e l'antico popolo di *Yamato*, fu probabilmente anche il discorso per la resa del Giappone che fece l'imperatore. Fu molto ambiguo, questo perché utilizzò un linguaggio di corte, arcaico e raffinato, così diverso dal parlato comune, che molti non lo capirono e dovettero affidarsi all'interpretazione degli altri; con sottile eleganza affermò che *"la situazione della guerra non si era sviluppata necessariamente a vantaggio del Giappone"*.¹⁵ Sul popolo giapponese questo ebbe un impatto distorsivo nei confronti di quella che era stata la guerra, ma si tratta anche di un popolo che delega solo parzialmente al linguaggio i significati, un popolo abituato a "leggere l'aria".¹⁶

Hiroito aveva dato la colpa della caduta del paese al fatto che lo spirito giapponese era stato portato all'eccesso, infatti *"l'intensità con la quale i giapponesi combattevano aveva, in base al loro modo di vedere, un fondamento spirituale. Credevano che la loro forza di spirito fosse superiore a quella degli occidentali, indeboliti dal materialismo e dall'egoismo, ed erano determinati a combattere fino alla morte."*¹⁷

Adesso sarebbe servita un'enorme energia morale per risollevarsi e tornare a essere una potenza rispettata, energia che il paese trovò riuscendo a muoversi con disinvoltura tra le proprie forze e debolezze, partendo da

un grande cambiamento: l'imperatore sarebbe dovuto diventare il simbolo della gente, conquistandosi l'approvazione e il rispetto del suo popolo tramite l'affetto e non il timore reverenziale di un imperatore divino.



Fig. 3 Il generale Douglas MacArthur con l'imperatore Hiroito (29 settembre 1945).

CONCLUSIONI

Ha la guerra ridimensionato i sogni del popolo nipponico? In parte sicuramente sì; ma bisogna dire che quegli stessi sogni i giapponesi sono riusciti a trasformarli produttivamente senza perdere la loro essenza, sono riusciti a coniare nuove forme vitali senza mai abbandonare l'energia primordiale, non hanno mai abbandonato l'espressione artistica e spirituale (in parte sinonimi) che da sempre compone la loro natura.

Questa continuità artistica, questo rifugio, questa energia creativa ha in qualche modo continuato ad alimentare una fiaccola immanente, che gli ha permesso di non perdersi e, quando tutto era da ricostruire, di ritrovarsi.

La tesi dello studioso Kato Shuichi vuole che *"negli anni del suo lungo isolamento, il Giappone si ripiegasse su se stesso al punto che l'impulso artistico, estetico, prese il posto che in altri paesi aveva la religione"*¹⁸ prevalendo sui doveri etici e interiorizzando così l'impulso artistico in misura non comune, dissolvendo i suoi ideali nella poesia, nel teatro, nella cerimonia del te, nella pittura, nelle arti marziali, nello *shodo*,¹⁹ nell'*ikebana*.²⁰

Quelle che oggi possono sembrare fossilizzazioni culturali in conflitto con la modernità, rappresentano, esattamente al contrario, la fonte cui attingere nel dramma, nella paura, nell'incertezza; continuano a conquistare il presente occupando un ruolo ben preciso nel mosaico della storia, perché, come diceva Yoshida Kenko,²¹ hanno capito la cosa più importante da preservare: *"Se l'uomo fosse destinato a non sparire mai [...] ma a rimanere in vita per sempre nel mondo, le cose perderebbero il potere di toccarci. La cosa più preziosa della vita è la sua incer-*

tezza".²²

In "Storia di un tagliabambù" il più antico esempio sopravvissuto di *monogatari* (racconto), un vecchio tagliabambù vede uscire una luce da una canna di bambù, guardando bene all'interno scopre una bambina, la porta con sé e la cresce come fosse figlia sua insieme alla moglie. Ben presto però la ragazza manifesterà la sua natura divina e crescendo attirerà le attenzioni di numerosi pretendenti. Diventata una bellissima donna, sa che non potrà restare ancora a lungo sulla terra, allora, come ringraziamento, dona ai suoi genitori adottivi l'elisir dell'immortalità, ma questi, ormai anziani e consapevoli che non rivedranno più la loro adorata figlia, ci rinunciano; allora la donna decide di donarlo all'imperatore, suo devoto amante, che lo rifiuta a sua volta perché sa che non la rivedrà mai più e ordina che venga portato sulla montagna più alta del regno e fatto bruciare.

"Sin da quando bruciarono l'elisir dell'immortalità sulla sua cima, le persone hanno chiamato il monte Fuji, che significa "immortale". Ancora oggi il fumo si leva tra le nuvole".²³

*Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
Psicologa e psicoterapeuta in formazione

BIBLIOGRAFIA

- Anonimo, *Storia di un tagliabambù*, Marsilio, Venezia, 1998.
Benedict R. *Il crisantemo e la spada. Modelli di cultura giapponese*, Dedalo, 1993.
Bonaventura Ruperti, *Storia del teatro giapponese. Dalle origini all'Ottocento*, Marsilio, Venezia, 2016.
Bonaventura Ruperti, *Storia del teatro giapponese. Dall'Ottocento al Duemila*, Marsilio, Venezia, 2016.
Ghilardi Marcello, *Arte e pensiero in Giappone, corpo, immagine, gesto*, Mimesis, collana Filosofie, Milano – Udine, 2011.
Hearn Lafcadio, Lacombe Benjamin, *Storie di fantasmi e spiriti del Giappone*, L'ippocampo, Milano, 2021.
Henshall Kenneth G., *Storia del Giappone*, Mondadori, Milano, 2005.
Imai Messina L., *WA, la via giapponese all'armonia*, ed. Vallardi, 2018.
Kakuzo Okakura, *Lo zen e la cerimonia del tè*, Universale Economica Feltrinelli, Milano, 2018.
Keene Donald, *I piaceri della letteratura giapponese*, Lindau, collana i Bambù, Torino, 2021.
Kuki Shuzo, *La struttura dell'iki*, Adelphi, Milano, 2022.
Macfarlane A. *Enigmatico Giappone*, EDT, 2007
Miyamoto Musashi, *Il libro dei cinque anelli*, a cura di Leonardo Vittorio Arena, BUR Rizzoli, Milano, 2020.
Richie Donald, *Sull'estetica giapponese*, Lindau, collana i Bambù, Torino, 2017.
Tanizaki Jun'ichiro, *Libro d'ombra*, Bompiani, Milano, 2000.
Touring Club Italiano, *Giappone*, Milano, 1988.

NOTE

¹ Antico e glorioso nome del Giappone che fa riferimento alla città di Nara, centro politico e sociale della nazione nel corso del III secolo.

² Forma poetica in 31 sillabe divise in 5 versi comparsa in Giappone nel VII secolo.

³ Strumento musicale a tre corde della famiglia dei liuti, utilizzato principalmente per l'accompagnamento nelle rappresentazioni teatrali *Kabuki* e *Bunraku*. La sua diffusione fu tale da farlo diventare uno degli strumenti più rappresentativi e importanti della musica tradizionale giapponese.

⁴ Distretto dove vivono e lavorano le *geishe*.

⁵ "Casa delle *geishe*", dove vengono accolte, addestrate e ospitate le *maiko* (aspiranti *geishe*), che resteranno legate ad essa anche una volta raggiunta l'indipendenza; infatti il nome che assumerà la *geisha* una volta finito l'addestramento dovrà contenere un carattere in comune con quello della casa in cui si è formata.

⁶ Kuki Shuzo, *La struttura dell'iki*, Adelphi, Milano, 2022, pag.62.

⁷ Richie Donald, *Sull'estetica giapponese*, Lindau, collana i Bambù, Torino, 2017, pag.18.

⁸ Kuki Shuzo, *La struttura dell'iki*, Adelphi, Milano, 2022, pag.60.

⁹ Ghilardi Marcello, *Arte e pensiero in Giappone, corpo, immagine, gesto*, Mimesis, collana Filosofie, Milano – Udine, 2011, pag.128.

¹⁰ Ghilardi Marcello, *Arte e pensiero in Giappone, corpo, immagine, gesto*, Mimesis, collana Filosofie, Milano – Udine, 2011, pag.126.

¹¹ Ghilardi Marcello, *Arte e pensiero in Giappone, corpo, immagine, gesto*, Mimesis, collana Filosofie, Milano – Udine, 2011, pag.135 – 136.

¹² Henshall Kenneth G., *Storia del Giappone*, Mondadori, Milano, 2005, pag.292.

¹³ "Comandante dell'esercito", titolo ereditario conferito ai dittatori politici e militari che governarono il Giappone tra il 1192 e il 1868. Nonostante ogni *shogun* dovesse essere nominato dall'imperatore, la nomina era un atto puramente formale e i loro poteri erano in tutto e per tutto quelli di un capo di governo.

¹⁴ Henshall Kenneth G., *Storia del Giappone*, Mondadori, Milano, 2005, pag.211.

¹⁵ Henshall Kenneth G., *Storia del Giappone*, Mondadori, Milano, 2005, pag.199.

¹⁶ "*Kuuki wo yomu*", espressione giapponese che indica la sensibilità di percepire l'atmosfera e comportarsi di conseguenza, capire quando è bene parlare e quando no, quando è meglio esprimersi e quando ritirarsi, quando la sincerità è troppa ed è bene sorvolare.

¹⁷ Henshall Kenneth G., *Storia del Giappone*, Mondadori, Milano, 2005, pag.186.

¹⁸ Richie Donald, *Sull'estetica giapponese*, Lindau, collana i Bambù, Torino, 2017, pag.59.

¹⁹ Letteralmente "via della scrittura"; non fa riferimento esclusivamente all'atto calligrafico e alla sua valenza estetica, ma è una vera e propria ricerca e comprensione della vita tramite la pratica della scrittura.

²⁰ Letteralmente "fiori viventi"; fa riferimento all'arte della disposizione dei fiori recisi, nota anche con il termine *kado*, "via dei fiori", si riferisce al cammino di elevazione spirituale dello Zen.

²¹ Lo scrittore più importante dell'epoca Kamakura (1185 – 1333).

²² Richie Donald, *Sull'estetica giapponese*, Lindau, collana i Bambù, Torino, 2017, pag.18.

²³ Keene Donald, *I piaceri della letteratura giapponese*, Lindau, collana i Bambù, Torino, 2021, pag.78.



Recensioni

Piero Benassi

“Violenze, aggressioni e disturbi mentali. Realtà e prospettive”

Consulta libri e progetti, 2022

Pag. 138

€ 15,00



E' un'opera di straordinaria attualità. L'Autore la dedica a tutti i lettori interessati a capire il mondo di violenze in cui viviamo. Non è facile confrontarsi con una lunga e ininterrotta serie di avvenimenti tragici, drammi familiari, violenze talora senza senso, omicidi e femminicidi in aumento, in un contesto sociale che registra diversi fattori di crisi. Quali interpretazioni sono possibili per uno studioso della mente attento ai problemi della società contemporanea? Quale ruolo può svolgere una psichiatria che sia al servizio della persona malata ed al contempo attenta ai problemi e dinamiche sociali?

Piero Benassi, Autore di numerose monografie, anche in questa sua più recente opera dimostra di saper dar delle risposte a questi interrogativi, utilizzando gli strumenti della sua grande cultura psichiatrica. Fornisce richiami storici, considera aspetti fenomenologici e biologici dell'aggressività e della violenza. Approfondisce la problematica di un'ampia zona grigia di immaturità caratteriali, disturbi antisociali, dipendenze e narcisismi negli scenari della violenza. Non mancano riferimenti storici. Numerose le esemplificazioni cliniche e psichiatrico-forensi. Ampie anche le riflessioni sulle vio-

lenze e problemi giovanili, sui quali hanno inciso pesantemente gli ultimi anni di pandemia, distacchi generazionali accentuati dalle nuove tecnologie digitali, abusi di realtà virtuali, crisi della scuola e della genitorialità. A proposito di quest'ultima l'Autore riflette su quanti genitori chiedono alla scuola di abbassare le pretese e su quanti insegnanti sono in difficoltà ad essere maestri di umanità e di conoscenza, riducendosi a burocrati ripetitori di programmi e giudizi di performance.

Il libro, di agevole lettura e di notevole spessore scientifico – culturale, termina con valutazioni sull'evoluzione e sulle prospettive della psichiatria. La raffigura mirabilmente come un grande albero con tanti rami corrispondenti a ben diversi orientamenti e sviluppi. Scrive in merito l'Autore: “la parte di un ramo fondamentale spetta di nuovo a E. Borgna (L'agonia della Psichiatria - Feltrinelli, 2022) che ha dichiarato: la psichiatria dovrebbe essere una lampada silenziosa che dia un senso a quelle che sono le nostre condizioni di vita...”.

Condivide Piero Benassi il rischio di una parabola agonica della psichiatria contemporanea specialmente nella carenza dell'ascolto, dell'attenzione alla condizione umana, della ricerca negli abissi dell'interiorità di chi cura e di chi chiede di essere curato. Testimone in tutta la sua vita di valori professionali e civili, l'Autore conclude con un appello ad un maggiore impegno collettivo – comunitario della Psichiatria a sostegno di tante vulnerabilità e per un'importante sua azione sociale non disgiunta da quella clinica.

F.V.

A cura di Giorgio Magnani

“Le parole per dirlo”

Compagnia editoriale Aliberti, 2021

Pag. 100

€ 16,00

Scrivo Giorgio Magnani, dopo aver vissuto il periodo critico della pandemia, che può esistere un “contagio anche benevolo che passa anch'esso attraverso le piccole cose, che sono i gesti della quotidianità, quelli che diamo spesso per scontati e che hanno in sé sempre l'attenzione per l'altro”. Considera come due anni di restrizioni sociali abbiano portato a un aumento esponenziale dei disturbi psichici, dagli stati d'ansia persistenti alla depressione, ai disturbi del comportamento alimentare, all'esacerbazione dei fenomeni di internet addiction già ampiamente diffusi, in particolare tra gli adolescenti. Valuta inoltre come si stia verificando un vero e proprio “incattivimento” nel contesto sociale. Ricorda inoltre: “Già in tempi non sospetti questa crisi di umanità si era fatta sentire se nell'ormai lontano 2015 l'Università statale di Milano ha avvertito la necessità di istituire una cattedra di Umanità per gli operatori sanitari”. Questa notizia lasciò perplessi ed imba-



razzati molti colleghi ed amici tra i quali Gianpaolo Guaraldi, che curò uno spazio sulla nostra rivista, ispirato proprio da tale vicenda, con il titolo “Humanitas: quo vadis?” (L’altro, anno XIX). Raccolse le riflessioni di molti colleghi, esprimendo il convincimento, condiviso, che l’umanità non si insegna, ma la si incontra con l’attitudine all’ascolto e buone capacità di indole e di relazione. “L’umanità la si impara vivendo” ribadisce Giorgio Magnani, commentando: “Si prova sempre un grande piacere quando si incontrano persone appassionate al loro lavoro e all’umanità”. Questi significati rappresentano il nucleo centrale ispiratore dell’opera, che consiste nel desiderio e nella gioia di comunicare e di incontrare. Il progetto si realizza nel mettere assieme un gruppo eterogeneo di colleghi con diversi interessi nelle professioni socio-sanitarie. Insieme riescono a raccontare storie autobiografiche significative di un valore condiviso: quello della benevolenza nelle relazioni umane. Si tratta di storie semplici ma vere, intessute nell’esperienza di vicinanza empatica, di rispetto ed ascolto in flash di vita professionale e non. Si ripensa a quel calore umano dei “filò”, riunioni serali nelle stalle della campagna emiliana, che tanto tempo fa, sicuramente prima della tv (ripristinate ai tempi del terremoto del 2012), vedevano assieme le diverse generazioni appartenenti alla famiglia patriarcale, qualche vicino di casa o anche qualche straniero in transito, ospite temporaneo. Ricordando questo antico rito di incontro e di dialogo, Giorgio Magnani lo riattualizza con un “filò” di colleghi che sanno raccontare con garbo, brevità e concisione le loro esperienze di vita significative del valore dell’ascolto e dell’attenzione, mai disgiunti dalla benevolenza, dall’umiltà e dal rispetto, nei rapporti professionali e umani in genere. Fa bene a tutti leggere queste storie.

F.V.

Eugenio Borgna

“Sull’AMICIZIA”

Raffaello Cortina Editore, 2022

Pag. 109

€ 12,00

Eugenio Borgna riesce a far riemergere dalle pagine di questo suo recentissimo libro le immagini più iridescenti ed i significati più profondi dell’Amicizia. Essa rappresenta un legame vitale e profondo che dà senso alla vita stessa. Leggendo le sue parole si incontra l’Autore, Maestro di una psichiatria umana e gentile, che ci accompagna in uno stupendo viaggio di approfondimento storico-letterario, filosofico e poetico negli orizzonti sconfinati di questo misterioso sentimento e condizione umana. Ne descrive la natura, i modi di viverla nelle varie stagioni della vita, le caratteristiche dei suoi vissuti nelle differenze di genere, i suoi possibili naufragi, sconfinamenti e le sue dimensioni più autentiche.

E’ difficile fornire una definizione dell’amicizia (Platone nell’*Iside* concludeva di non riuscire a trovarne) e probabilmente non serve. E’ molto più illuminante descriverne le diverse qualità, dimensioni e condizioni del suo darsi. Eugenio riesce a farlo magistralmente con parole dense di significato, che evocano immagini luminose, come quelle di Simone Weil, che descrive l’amicizia quale “sorgente di vita”. L’Autore ne evidenzia il valore di un “dialogo infinito che continua anche quando non ci si vede, non ci si parla, non ci si incontra”. Questo dialogo può avvenire anche nel silenzio e può fluire “come corrente carsica nascosta tra persone vicine e lontane, sapendo



che in qualsiasi momento ci si può sentire e ci si può incontrare”. L’amicizia fa rinascere in noi la fiducia e in tempi difficili di convivenza sociale può essere anche un “grande ponte che aiuta a costruire relazioni umane calde e creatrici”. Splendida immagine evocata dall’Autore, che continua a riflettere: “Non c’è amicizia che non sia accompagnata da fiducia... avere fiducia è confidare ad una persona amica cose che richiedono silenzio e discrezione”. Queste stupende forme di vita (amicizia, fiducia, speranza) Eugenio Borgna le indica ed offre ai suoi lettori, così come ha fatto sempre anche con le persone di cui si è preso cura. Si tratta di quella *philia iatriké* fondata sulla benevolenza disinteressata del medico e sulla gratitudine e fiducia del paziente tratteggiata dallo stesso Seneca nel *De Beneficiis*.

In questa meravigliosa disposizione d’animo e profonda relazione umana nascono anche parole salvifiche, con grande funzione terapeutica, che illuminano di speranza i più oscuri sentieri dell’esistenza.

E’ un libro che riscalda l’anima e può orientare le menti specialmente in questi tempi socialmente difficili e inquieti.

F.V.

Silvio Fasullo

“Tra il desiderio di conoscere dell’uomo e l’incommensurabilità del mondo”

Casa Editrice ZeroNove25, 2022

Pag. 64

La più recente “fatica” estiva dell’amico Silvio Fasullo è una splendida “creatura” nata dal suo Desiderio e dalla sua Philia. “L’esistenza è fatta di desiderio perpetuo e costante, senza che tuttavia sia possibile soddisfare un anelito che è, per definizione, inesauribile e infinito. Il desiderio di conoscenza aumenta sempre con l’acquisizione di essa...”. L’autore di questo bellissimo saggio lo dimostra pienamente. Questo suo desiderare l’ha dimostrato in tutta la vita con il continuo studio e ricerca negli infiniti percorsi della conoscenza di un mondo incommensurabile specialmente nella profondità dell’umano. Lo fa ancora. Ma il suo desiderare, da vero Maestro, è specialmente quello di accendere il desiderio dell’allievo. Lo ha fatto in 40 anni di insegnamento all’Università di Palermo e continua tuttora a farlo con le sue stupende opere, ricche di numerosi riferimenti storici, letterari, filosofici e poetici. Con esse ci offre il dono della cultura assieme a quello della sua vera amicizia.

Ci insegna come la qualità di base della libera conoscenza sia la *Curiositas*, che rimanda al latino *cura*, intesa come sollecitudine e premura. Ricorda, con Bion, come questa spinta vitale alla conoscenza origini dalla curiosità insita nell’uomo, dal suo continuo impulso epistemologico.

Questa sua più recente opera ci propone tre interessanti itinerari culturali, che corrispondono a figure archetipiche della conoscenza nel mondo greco, quali Prometeo, Edipo ed Ulisse. Se il desiderio è la forza che tende ad espandere l’orizzonte della vita e del mondo, il fuoco donato agli uomini da

Prometeo è il simbolo della conoscenza. “Portare il fuoco significa portare la legge della parola... il fuoco è il luogo del bene e l’amore della parola è amore dell’umanità. Il problema non è accendere il fuoco ma incorporarlo”.

Così l’Autore, attraverso le figure dei miti greci, segue gli itinerari delle diverse forme di conoscenza. Da Prometeo, che sconta la pena per il furto sacrilego in favore degli uomini all’azione salvifica di Edipo, che con la sua intelligenza umana libera i Tebani dalla Sfinge e disvela la realtà, a quella di Odisseo, che incarna la curiosità ma anche la molteplicità umana dell’astuzia, dell’impegno, delle numerose sofferenze e tante risorse, comprese quelle della frode. L’uomo dilaniato tra la sete di conoscenza e il richiamo delle radici, è un *anticipatore della modernità* (Eva Cantarella). Ogni suo viaggio, come quelli della conoscenza e del desiderio umano per essa, non sarà mai l’ultimo, considerava Savinio. Ringraziamo il Maestro e l’Amico Silvio Fasullo che, con il suo fuoco interiore, ci stimola ed accompagna in quei viaggi in cui si incontra cultura ed umanità.

F.V.

