

Mario Rossi Monti
Psicopatologia e figure del presente

Verso il bordo della cascata?

A metà degli anni Ottanta uno dei pochi grandi psicoanalisti italiani scriveva alcune pagine fondamentali intorno al cambiamento al quale sembravano andati incontro i pazienti che chiedevano di sdraiarsi sul lettino di uno psicoanalista. I nostri pazienti, si chiedeva Eugenio Gaddini,¹ sono cambiati? e se sì, *come* sono cambiati? Ma gli psicoanalisti, proseguiva Gaddini, sanno che questa domanda è strettamente legata a un'altra: gli psicoanalisti sono cambiati? e se sì, *come* sono cambiati? Il problema riguarda quindi la coppia analitica, l'accoppiamento tra paziente e analista al lavoro: il lavoro di reciproca sintonizzazione che ciascuno dei componenti della coppia svolge nella reciproca selezione.

Il tempo ha portato gli psicoanalisti a sviluppare sensori che si sono progressivamente orientati a cogliere e reagire a forme emergenti e codificate di disagio mentale (a partire dalle classiche nevrosi). In questa continua opera di scandaglio della sofferenza mentale gli strumenti di lavoro e di diagnosi² degli psicoanalisti sono mutati nel tempo. Si sono certamente affinati. Ma si sono anche indirizzati verso nuovi ambiti di espressione della patologia, allontanandosi sempre più dalle nevrosi classiche e scivolando verso aree nosografiche collocate ai margini della psicosi o addirittura – in qualche caso – *dentro* la psicosi.

Allo stesso modo i pazienti che chiedono una terapia psicoanalitica sono cambiati nel tempo. È cambiata in primo luogo la presentazione sintomatologica, i sintomi manifesti: dalla grande isteria a più

generici fenomeni di conversione, sofferenza somatica diffusa, sofferenza genericamente depressiva dilagante ben al di là del ristretto circolo della classica malinconia. Sono cambiati anche i modi, i tempi, le aspettative con i quali i pazienti si presentano all'analista.

L'idea stessa di guarigione è andata incontro a trasformazioni radicali. Oggi il cosiddetto "paziente psicoanalitico" si configura più come entità da *costruire* che non come condizione di partenza stabilmente acquisita. Una parte sempre più consistente del lavoro analitico consiste infatti in una sorta di lavoro preparatorio a una psicoanalisi classicamente intesa: un lavoro preparatorio che va considerato al tempo stesso come psicoanalisi a tutti gli effetti.

Nel 1984 Gaddini aveva proposto uno schema tripartito che metteva in relazione i cambiamenti osservati nei pazienti con tre grandi eventi traumatici:

1. la fine della prima guerra mondiale: a quell'epoca la patologia emergente era rappresentata da isteria (da conversione e d'angoscia) e fobie. I disturbi psicosomatici non venivano presi in considerazione, forse assorbiti dal paradigma della isteria. Il campo delle psicosi veniva trascurato. Negli anni che vanno dalla fine della prima guerra mondiale allo scoppio della seconda si era realizzato uno slittamento della patologia mentale in direzione dei cosiddetti disturbi del carattere, della psicosomatica e della patologia narcisistica. Un cambiamento – scriveva Gaddini – in gran parte attribuibile al cambiamento a cui erano andati incontro gli psicoanalisti stessi;
2. alla fine della seconda guerra mondiale era emerso un ulteriore grande cambiamento. Uno spostamento di interesse sempre più massiccio verso i disturbi del carattere e in particolare verso l'area dei disturbi *borderline*, narcisistici e psicotici;
3. a partire dagli anni Sessanta si era reso evidente un terzo cambiamento. Gli psicoanalisti si erano accorti ancora una volta di come fosse cambiato il loro modo di lavorare e di come fossero cambiati i loro pazienti. La tendenza che si era delineata alla fine della seconda guerra mondiale ne era uscita ulteriormente rafforzata. Il cambiamento, questa volta, era stato di carattere quantitativo. I pazienti in analisi affetti da disturbi del carattere o appartenenti all'area *borderline* erano diventati sempre di più.

Quell'area psicopatologica confusa, di fronte alla quale all'inizio degli anni Sessanta molti psicoanalisti si interrogavano, era insomma diventata parte importante del lavoro degli analisti. Phyllis Greenacre³ per esempio – in un brano riportato da Gaddini – descriveva in dettaglio le domande che si poneva all'epoca ogni analista non-conservatore: un analista cioè che non fosse soltanto interessato alla presa in carico dei pazienti analitici classici ma che si rendesse disponibile anche alla presa in carico di un nuovo gruppo di pazienti. Un gruppo di pazienti le cui caratteristiche *non rientravano* negli schemi di riferimento dell'epoca o che, al contrario, *rientravano* negli schemi di riferimento dell'epoca ma occupavano contemporaneamente posti diversi nello stesso schema. Caratteri impulsivi? O diventati tali sotto la pressione del *setting*? *Borderline*? Nevrosi del carattere? Psicosi? Psicosi che si manifestano solo all'interno della relazione analitica? Questi i dubbi e le domande che travagliavano la Greenacre di fronte a figure psicopatologiche dai confini indistinti e dalle caratteristiche cangianti.

A conclusione delle sue considerazioni Gaddini formulava una serie di rilievi:

1. i pazienti cambiano continuamente;
2. gli eventi esterni che sconvolgono l'ordine sociale catalizzano e scatenano manifestazioni psicopatologiche che in condizioni di vita normali sarebbero probabilmente rimaste silenti;
3. le forme di patologia emergente non sono nuove né imprevedibili. Tendono in genere a diffondersi in maniera epidemica patologie che già in precedenza erano state prese in considerazione, anche se presenti in forma minimale;
4. eventi esterni di carattere eccezionale costringono a fare il punto della situazione e a prendere atto dei cambiamenti che si sono verificati.

Nel complesso i cambiamenti incontro ai quali sono andati psicoanalisti e pazienti nel loro comune lavoro delineava un percorso: «è come se stessimo navigando, nostro malgrado e con velocità crescente – scriveva Gaddini – verso il bordo di una cascata». Dove la cascata è rappresentata dalla psicosi.

Dalla cascata allo stagno?

A distanza di oltre quarant'anni da questa analisi la corrente è molto rallentata. La psicosi resta un'area fortemente problematica che si colloca tuttavia a una certa distanza dal lavoro abituale degli psicoanalisti. Solo gli psicoanalisti che lavorano *anche* nei servizi pubblici sentono forte il rombo della cascata. Ma chi non vi lavora, per quanto abbia un udito sottile, ne sente il rumore in lontananza. Non è stato possibile trovare un modo di trattare le psicosi all'interno del *setting* psicoanalitico tradizionale. Come è noto, il modello psicoanalitico delle psicosi e del loro trattamento è diventato qualcosa di assai più articolato e non si è tradotto nella semplice ammissione del paziente psicotico all'interno del *setting* psicoanalitico tradizionale. Lucas e Michels,⁴ pochi anni fa, ne hanno discusso vivacemente sulle pagine dell'“International Journal of Psycho-Analysis”. La maggioranza degli psicoanalisti continua a “navigare” nelle acque dei disturbi del carattere o di personalità (come si deve dire oggi, in omaggio alle varie edizioni del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali): disturbi di personalità più o meno gravi prevalentemente dell'area *borderline* e/o narcisistica. Il fenomeno è andato incontro a un incremento così vistoso da fare pensare che più che immersi nella corrente di un fiume siamo fermi in un meandro dove l'acqua è quasi stagnante. Green⁵ ha addirittura sostenuto che – dopo la crisi del paradigma dell'isteria – il paziente *borderline* è diventato il nuovo paziente paradigmatico della psicoanalisi.

In un momento segnato dalle angosce di fine secolo Elisabeth Roudinesco⁶ ha fatto di nuovo il punto della situazione: i pazienti della fine del Novecento assomigliano poco a quelli grazie ai quali è nata la psicoanalisi. Sono piuttosto «conformi all'immagine della società depressiva in cui vivono. Impregnati dal nichilismo contemporaneo, presentano disturbi narcisistici o depressivi e soffrono di solitudine e di sintomi di perdita di identità».⁷

Il panorama che si offre quindi dall'osservatorio psicoanalitico è abbastanza netto: dopo oltre vent'anni dai rilievi svolti da Gaddini la situazione – dal punto di vista della collocazione diagnostica e nosografica – sembra essersi stabilizzata e gli psicoanalisti si sono adoperati per trovare la modalità più efficace di lavoro

con pazienti così diversi da quelli intorno ai quali era nata la teoria e la tecnica psicoanalitica. Non bisogna dimenticare che, come ricordava Gaddini, gli psicoanalisti sono un'assoluta minoranza nel panorama culturale o anche in quello più ristretto dei servizi che si occupano di salute mentale. Una minoranza che ha tuttavia una smisurata risonanza culturale: smisurata rispetto al loro peso numerico. Verrebbe così naturale chiedersi se i rilievi mossi dal loro punto di osservazione concordano o viceversa contrastano con quelli effettuati da altri punti di osservazione. In altri termini: *sono cambiati* e, se sì, *come* sono cambiati i pazienti dei servizi psichiatrici? Anche a questo livello il *trend* sembra essere lo stesso: un significativo spostamento verso l'area dei disturbi di personalità con particolare riguardo per l'area *borderline* e narcisistica. Se venticinque anni fa i pazienti con personalità abnormi o psicopatiche venivano considerati delle persone semplicemente "fatte così" e quindi non di competenza della psichiatria, oggi lo stesso ambito delle psicosi, che rappresentava il tradizionale nocciolo duro della psichiatria comunitaria, appare contaminato dai disturbi di personalità e dalle dipendenze che ne hanno modificato in gran parte l'espressività clinica.

Miguel Benasayag e Gérard Schmit⁸ lavorano nei servizi per i disturbi psicologici dell'adolescenza in Francia. Dal loro punto di osservazione assistono a un drammatico cambiamento qualitativo della sofferenza mentale. E hanno lanciato un grido di allarme. Alla richiesta di aiuto che si manifesta nelle classiche forme descritte dalla psicopatologia, dalla psichiatria clinica e dalla psicologia clinica (le forme che ciascuno di noi ha studiato nel suo percorso di formazione) oggi si aggiunge (e si sovrappone) un nuovo tipo di richiesta. Un nuovo tipo di richiesta per la quale gli operatori non sono stati formati. Si tratta di una diffusa richiesta di aiuto che origina dalla percezione di un generico malessere che gli operatori non sono in grado di affrontare sia da un punto di vista quantitativo (per la vastità del fenomeno) sia da un punto di vista qualitativo (per la nuova natura del fenomeno). «Attualmente – scrivono – in Francia, come in altri paesi, migliaia di giovani accompagnati dalle famiglie vagano letteralmente da una istituzione all'altra, da un consulto all'altro, trasportando un pesante fardello di sofferenza e

patologia». Tanto che i nostri servizi «sono diventati un po' alla volta una specie di imbuto in cui si riversa la tristezza diffusa che caratterizza la società contemporanea».

Questo insieme di sintomi si configura agli occhi di alcuni come una nuova o un insieme di nuove patologie, se non di vere e proprie malattie. La nosografia psichiatrica sembra essersi ancora una volta lanciata all'inseguimento della definizione operativa di queste nuove entità. Ma questo insieme di esperienze (più di che di sintomi) e questo insieme di sindromi (più che di malattie in senso medico) rappresentano i punti di aggregazione critica di una sofferenza che si staglia su uno sfondo nel quale la sofferenza mentale del singolo si diluisce nella società e nella cultura. Le nuove forme in cui si configura la sofferenza mentale sembrano così costituire il luogo in cui questa sofferenza dispersa precipita in costellazioni di esperienze. La pratica clinica è il luogo nel quale cogliere alcuni dei primi segnali relativi all'affiorare di questi nuovi fenomeni. I collegli dei Servizi di Salute Mentale in Francia sono un po' come quei vetrini inseriti nei muri delle case costruite in zona sismica che funzionano come spie delle prime scosse sismiche.

Nel 1984 Gaddini aveva sottolineato come la sofferenza individuale potesse perdere di senso diluendosi nel funzionamento sociale dell'individuo: l'eventuale patologia, in ciascun individuo, – scriveva – può essere temporaneamente oscurata dal funzionamento sociale dell'individuo. Giuseppe Di Chiara,⁹ in anni più vicini, ha parlato di *sindromi psicosociali*: situazioni capaci di assolvere a funzioni difensive patologiche, comportamenti collettivi, generatori di disagi futuri e prevedibili. Il narcisismo per esempio può svilupparsi come sindrome psicosociale quando si costituisca come difesa del gruppo sociale nella direzione dell'egoismo, del soddisfacimento edonistico e della competitività. Ma quando l'equilibrio difensivo fondato sulla “socializzazione” (intesa come “tentativo” di occultamento nel sociale della propria patologia individuale) si rompe; quando eventi di carattere traumatico macroscopico (come le guerre mondiali che Gaddini prende come punti di riferimento del suo percorso) sconvolgono questo equilibrio o più semplicemente l'individuo si trova momentaneamente solo, allo scoperto, non più difeso dal guscio della socializzazione, la sofferenza può

emergere e calarsi in forme più o meno specifiche. Forme che quando superano una certa soglia i clinici e i nosografi individuano come “disturbo” codificato.

Fenomeni di nicchia ed epidemia depressiva

Processi di questo tipo danno almeno parzialmente conto della transitorietà di molti disturbi psichiatrici: del fatto cioè che i disturbi psichiatrici mutano nel tempo e che le categorie nosografiche sembrano godere di vita limitata. Ogni classificazione psichiatrica si è rivelata in questo senso analoga a un organismo vivente, con i suoi tempi di pulsazione, di espansione e di ritiro o addirittura con propaggini che col tempo si inaridiscono e muoiono. Un secolo fa Jaspers¹⁰ notava che nello sviluppo storico della psichiatria clinica la maggior parte delle unità psicopatologiche hanno svolto un tempo la funzione di unità morbose: in origine le allucinazioni erano una malattia, il delirio era di per se stesso malattia. Oggi delirio e allucinazioni non sono “disturbi” codificati dalle moderne classificazioni ma sintomi distribuiti trasversalmente in una gamma ampia di disturbi. Allo stesso modo oggi potremmo discutere la ricollocazione o la dispersione nella attuale nosografia di demenza precoce, dromomania, eboidofrenia, follia circolare, follia degenerativa, lipeomania, pitiatismo, isteria, catatonìa, ecc. Alcune appartengono al novero delle specie estinte. Altre si configurano come specie protette in via di estinzione. Che fine ha fatto la dromomania? L'isteria? O ancora, la catatonìa? Ognuna di queste domande ha una risposta, spesso complicata: il fenomeno clinico in se stesso non è scomparso ma al contrario si è quantitativamente o qualitativamente modificato e/o sono cambiati i modi di categorizzarlo. La nosografia psichiatrica non è un cimitero di disturbi scomparsi. Al contrario – sostiene Dagognet¹¹ – ogni nosografia è la condizione stessa di nuove conquiste. Poiché ogni classificazione «trasforma bruscamente ciò che credeva solo di mettere a posto» nel senso che il tentativo di «riordinare il mondo può cambiarlo in profondità». Così come può cambiare la percezione stessa che i clinici hanno del disturbo. E questo può accadere sia nella storia della psichiatria sia nella storia

della relazione terapeutica con un determinato paziente. In psichiatria come in «nessun altro campo medico – ha scritto ancora Dagognet – si possono vedere le specie mutarsi così facilmente le une nelle altre e intrufolarsi attraverso le file che le ordinano». Questo è vero anche a partire dal rapporto col paziente: quanto più si prolunga nel tempo il contatto con il paziente, tanto più i confini della iniziale diagnosi nosografica diventano stretti rispetto a una realtà clinica nella quale si affacciano altre evenienze. Cominciano a emergere fenomeni psicopatologici nuovi. Fenomeni che nel primo contatto di carattere diagnostico non si erano affacciati oppure si erano configurati come assolutamente marginali. Da questo punto di vista ogni classificazione è solo una crosta sottile e fragile stesa su una realtà magmatica ed esuberante.

A partire dallo studio delle epidemie di fughe e di viaggiatori folli (*dromomania*) alla fine dell'Ottocento, Ian Hacking¹² ha dato un fondamentale contributo alla comprensione dei meccanismi grazie ai quali, una volta che si sia allentata la difesa della socializzazione, il disturbo emerge come tale. Fino a configurarsi come vera e propria entità clinica che viene “agganciata” dalla clinica che la descrive, ne enumera i sintomi, la codifica e classifica. Ma come la dromomania molti disturbi della clinica del passato si sono diluiti fino a evaporare. Ogni disturbo – questa la tesi di Hacking – ha bisogno per svilupparsi di una *nicchia ecologica*: una specie di incubatrice nella quale gettare le premesse della sua affermazione clinica. Favorito da un certo numero di fattori, in loro presenza il disturbo prospera e si espande. In loro assenza regredisce e muore. Ma in che misura questa idea potrebbe essere applicata anche ai più recenti prodotti della nosografia contemporanea? Al redivivo disturbo di personalità multipla, alla sindrome da affaticamento cronico, al disturbo esplosivo intermittente? Per non parlare della anoressia o di quelle nuove scoperte diagnostiche che Hermann van Praag¹³ considera senza mezzi termini *entità fittizie* autogenerate dalla moderna classificazione: attacchi di panico, disturbo dell'umore stagionale, sindrome dei figli dei sopravvissuti all'olocausto.

Ma la patologia mentale che si è oggi particolarmente diffusa nelle società avanzate è certamente la depressione, o meglio una *cosiddetta* depressione. Tanto da essersi conquistata in questi ultimi

decenni una nicchia ecologica così ampia da assomigliare, più che a una nicchia, a Trafalgar Square. Ma una depressione che in questa straordinaria espansione sembra essersi snaturata, avere perso i suoi tradizionali connotati e configurarsi come una entità di carattere quasi mitico. Una depressione che, a parte le caratteristiche di gravità (in senso quantitativo) e durata, viene rappresentata dalla attuale nosografia come sempre uguale a se stessa, senza alcuna attenzione alla *qualità* della esperienza depressiva: vale a dire ai diversi modi in cui si può essere depressi. La adozione nella nosografia contemporanea di criteri diagnostici sempre più improntati alle esigenze di ateoreticità, oggettività e misurazione quantitativa ha portato a una progressiva superficializzazione dei criteri diagnostici. Se questo ha facilitato l'uso della diagnosi e ne ha aumentato la concordanza tra i clinici, ha creato d'altro canto il problema di non sapere più bene di *che cosa* si faccia diagnosi. Si è insomma realizzato nella nosografia contemporanea (e quindi anche nella percezione del clinico che ne adotti acriticamente l'impostazione) un vero e proprio processo di *omogeneizzazione* della depressione. La ampia gamma di modi diversi di vivere la propria depressione ha lasciato il posto a una sorta di *marmellata depressiva* indifferenziata che può essere spalmata sulle situazioni più diverse. Così una unica monumentale entità clinica tende ad assomigliare sempre più a una galassia che comprende tutte le forme di sofferenza patologica *ma include anche* molte forme di normale infelicità legate alla percezione di uno scarto tra come si è e come si vorrebbe essere. Per questo la depressione è diventata – come sostiene Elisabeth Roudinesco¹⁴ – la epidemia psichica delle società democratiche: «la società depressiva non vuole più sentir parlare né di senso di colpa, né di intimità, né di coscienza, né di desiderio, né di inconscio». Una depressione, questa, non più incardinata sulle esperienze che per oltre un secolo hanno rappresentato il paradigma della vera e più profonda depressione: la melanconia. L'esperienza della colpa ha contrassegnato da sempre la depressione per eccellenza (la melanconia). Tanto che chi si è interrogato sul senso della esperienza della colpa nella depressione ha messo in luce una continuità profonda tra cultura occidentale e psicopatologia. Un rapporto che può dare ragione delle differenti manifestazioni che la depressione assume in culture diverse dalla

nostra. Evelyne Pewzner¹⁵ per esempio ha sostenuto che «il linguaggio della follia finisce sempre per essere l'eco più o meno lontana e deformata di un altro linguaggio che, a sua insaputa, gli serve da riferimento e da supporto». Se è vero che i grandi temi che si esprimevano nella depressione melanconica classica rappresentavano l'eco di una serie di grandi temi appartenenti alla nostra tradizione culturale (il tema del peccato, della colpa e della espiazione) oggi, di fronte allo slittamento di paradigma a cui è andata incontro la depressione, diventa necessario ripensare la continuità tra cultura e patologia. Con quali aspetti della nostra cultura sono in relazione i temi che affiorano dalla mitica galassia depressiva?

La società occidentale non si riconosce più in una cultura della colpa e del conflitto quanto piuttosto in una cultura dell'impresa e della iniziativa. Alla angoscia della colpa è subentrata – si dice – quella della inadeguatezza, del vuoto, del *deficit* della *performance*, della vergognosa insufficienza: quella che Alain Ehrenberg¹⁶ in un brillantissimo saggio, sulle forme della depressione nel presente, ha chiamato *la fatica di essere se stessi*. In maniera analoga Pierre Fédida¹⁷ ha proposto di considerare la depressione come una sorta di contropartita negativa della valorizzazione estrema della *performance* e della capacità di essere pienamente all'altezza delle proprie aspettative ideali.

Questa depressione è diventata una epidemia. Non certo la depressione melanconica, che continua a riguardare una esigua minoranza di persone che crollano sotto il peso della colpa o della sua trasfigurazione delirante. Una epidemia di depressioni nella quale chiamiamo depressione una serie di fenomeni che poco o niente hanno a che vedere con il paradigma classico della depressione. Le chiamiamo tutte depressioni – scrive Nicoletta Gosio¹⁸ – «matri e padri che uccidono, adolescenti che per vendicarsi di un insuccesso fanno stragi, donne e uomini in rotta di collisione con la famiglia e il lavoro, giovani in guerra con l'universo, anziani soli, casalinghe oppresse e deluse, donne spezzate nella molteplicità dei ruoli, mogli e mariti abbandonati, figli incerti persino del proprio genere, persone in carriera o sull'orlo del fallimento».

Due costellazioni depressive

Un anno prima che Eugenio Gaddini pubblicasse in Italia il lavoro dal quale abbiamo preso le mosse, Alexander Lowen¹⁹ faceva il punto su quarant'anni di lavoro come psicoterapeuta. Nevrosi, ansia, conflitti – scriveva – non si vedono più come una volta: «vedo invece più persone che si lamentano di depressione». Ma questa depressione consiste nel fatto che le persone «non hanno emozioni, si sentono vuote, sono profondamente frustrate e insoddisfatte [...]». Ciò che appare strano è una relativa mancanza di ansia e di senso di colpa, nonostante la gravità del disturbo. Questo fatto, unito alla assenza di sentimenti, dà un'impressione di irrealtà».

La assenza della colpa era allora motivo di sorpresa. Oggi non è più così. Nel 1999 Nancy McWilliams²⁰ conferma quanto Lowen aveva osservato sedici anni prima. Un numero sempre maggiore di pazienti non descrive più problemi riconducibili a un conflitto secondo la tradizione freudiana, ma lamenta un «vago senso di vuoto, di assenza di significato, di difficoltà nel definire se stessi e nel piacersi e un sentimento di invidia verso le altre persone, che si presume godano di tutto questo». È evidente come queste nuove forme depressive non appartengano alla costellazione tradizionale della depressione (colpa, inibizione, rallentamento, persecutorietà interna) quanto piuttosto alla costellazione di quelle depressioni che la psichiatria clinica e la nosografia chiamano “atipiche”: depressioni *atipiche* che oggi sembrano diventate *tipiche*. Forme depressive che si aggregano intorno a due fondamentali costellazioni di esperienze: una prima costellazione costituita da *disforia, rabbia, solitudine, vuoto* e che affonda le radici in un assetto di personalità dell'area *borderline*; una seconda costellazione, organizzata intorno alle esperienze di *vuoto, insufficienza, delusione, vergogna*, che si iscrive nell'ambito della personalità narcisistica. In questo senso la epidemia depressiva potrebbe essere considerata come l'involucro esteriore di alcune vicissitudini psicopatologiche in assetti di personalità che appartengono all'area *borderline* e narcisistica.

Per cominciare dalla prima, la affettività “depressiva” del *borderline* è una condizione per descrivere la quale si è fatto spesso ricorso a termini come noia, anedonia,²¹ sentimenti di futilità e soprattutto

di vuoto interiore che descrivono una condizione di fondo percorsa da sentimenti di irritazione, disforia, lamentosità, esperienze di de-personalizzazione auto- e allo-psichica e occasionalmente da accessi di rabbia anche violenta. Non si tratta solo di una differenza di quantità rispetto alla tradizionale costellazione depressiva, ma di una diversa *qualità* della esperienza. Molti studi, anche di carattere empirico, hanno messo in luce la rilevanza di questa differenza qualitativa che si incentra prevalentemente sul rilievo della costellazione affettiva *vuoto cronico, solitudine, disforia, rabbia*, a partire dai lavori classici di Gunderson e Phillips, Westen e Rogers, Widiger e Krupp.²² In estrema sintesi la depressione *borderline* si differenzia dalla depressione classica per la qualità degli affetti in gioco ma anche per il carattere diffuso e cronico della esperienza depressiva che non è delimitabile in fasi, oltre che per la sua elevata variabilità e reattività quasi atmosferica agli eventi e alle relazioni.²³

La depressione nell'ambito della psicopatologia narcisistica di personalità si caratterizza per un doloroso senso di inconsistenza, di irrealtà e di vuoto. Al posto della pienezza di un sentimento depressivo incentrato sulla colpa si apre un baratro. Nella personalità narcisistica la depressione è sempre latente: ogni organizzazione narcisistica di personalità vive costantemente sotto la minaccia della caduta. Tanto da rendere necessario un continuo lavoro di iper-compensazione attraverso meccanismi di autoregolazione e mantenimento dell'autostima²⁴ che sostengono il delicato equilibrio del paziente narcisista un po' come il bruciatore che permette a una mongolfiera ad aria calda di mantenersi in quota. Quando i complicati processi di autoregolazione che hanno magari per lungo tempo sostenuto il funzionamento di un sé grandioso narcisistico vanno per un qualsiasi motivo in crisi, la struttura scricchiola, la mongolfiera perde quota. Emergono sintomi vaghi ma persistenti: una sensazione soggettiva di inconsistenza e di vuoto. Un vuoto che rischia di diventare una voragine aperta sulla propria identità e sul proprio valore. Questi primi scricchiolii possono preludere a una condizione che la clinica psichiatrica definisce come "depressione". Ma, ancora una volta, una depressione che deborda dal paradigma tradizionale della depressione: una depressione che non si iscrive in una dinamica fondata sulla aggressività e sulla colpa quanto piutto-

sto nel crollo delle proprie illusioni megalomaniche. In queste condizioni emerge con drammaticità la discrepanza tra Io e Ideale dell'Io, tra le proprie motivazioni profonde, i propri ideali e la miseria della propria condizione. Delusione, vergogna, umiliazione, inferiorità, disgusto, disperazione per il tempo perduto sono al centro dell'esperienza depressiva narcisistica. Caduta la maschera del narcisismo, la persona si sente messa a nudo, esposta nella propria inermità, fragilità e dipendenza.

Queste due varietà di *depressioni atipiche* sembrano avere soppiantato il vecchio paradigma della depressione o quantomeno averlo dilatato in direzioni diverse. Ma si riapre la vecchia questione. È cambiato lo sguardo con cui i clinici "intenzionano" i fenomeni psicopatologici? Ciò sostengono per esempio Cooper e Ronningstam.²⁵ Per questi autori l'enfasi rivolta ai disturbi del Sé consente di mettere a fuoco problematiche psicopatologiche che prima passavano inosservate. Oppure – come sostiene tra gli altri Nancy McWilliams²⁶ – sono i radicali cambiamenti nella struttura sociale e nella cultura della nostra società che hanno potentemente influenzato le forme nelle quali la psicopatologia si esprime? O forse è più probabile che si realizzi un effetto di trascinamento reciproco: nel quale – come ha scritto Fausto Petrella ²⁷ – medico e paziente continuano a «sviluppare risposte che trascinano con sé anche lo sguardo delle teorie chiamate a illuminarle»?

Molte domande troppo impegnative

Nella sua analisi Gaddini individuava le guerre mondiali come punti di *reperere*. Oggi per fortuna non abbiamo una terza guerra mondiale a fare da termine di confronto. Né possiamo individuare catastrofi così gigantesche da potere essere paragonate alla guerra mondiale. Quali sono i fattori che hanno favorito l'emersione di queste costellazioni come clinicamente rilevanti a partire dai mutamenti culturali di sfondo che si sono realizzati nelle società avanzate negli ultimi decenni? È necessario volgere l'attenzione a eventi più fini, meno appariscenti: magari nemmeno percepiti con chiarezza proprio perché diffusi nel tessuto sociale e culturale nel quale siamo

tutti immersi. Quali sono i fattori, potremmo chiederci sulla scia del lavoro di Hacking, che tengono aperta (o addirittura alimentano) la grande ‘nicchia’ nella quale prolifera la sofferenza psichica cosiddetta depressiva che la clinica contemporanea individua come *depressioni atipiche* o depressioni dell’area *borderline-narcisistica*? Esiste una sorta di isomorfismo tra le modificazioni che si sono realizzate nella nostra cultura e società, e alcune delle forme in cui si esprime la sofferenza psicopatologica?

Naturalmente non è possibile articolare una risposta compiuta a domande così impegnative. Si possono soltanto delineare alcuni elementi che hanno più o meno silenziosamente operato nella direzione di questa trasformazione. In questo ambito non sono mancati contributi e idee. Sia sulle caratteristiche della società e della cultura post-moderna rispetto alla cultura moderna, sia sul rapporto tra psicopatologia, cultura e società post-moderna. L’elenco dei fattori chiamati in causa è addirittura impressionante oltre che percorso da una vena di cupo catastrofismo. Tale da suscitare sorpresa circa il fatto che, nonostante tutto, la specie umana non si sia ancora estinta! Dal momento che non è possibile in questa sede dare conto di tutti i fattori chiamati in causa, proverò a organizzare almeno alcuni di essi in aree problematiche o filoni – che per giunta non possono essere così chiaramente delimitati gli uni dagli altri. Mi limiterò quindi a formulare, in estrema sintesi, una serie di affermazioni che rispecchiano gli aspetti essenziali di ogni filone.

La famiglia. Nella struttura della famiglia e nei modi della vita familiare si sono realizzati cambiamenti anche radicali: la fine della famiglia estesa a favore della cosiddetta “nuclearizzazione” della famiglia; la instabilità, crisi o anche rottura della famiglia sull’onda delle sempre più frequenti separazioni e divorzi; la diffusione del lavoro in entrambi i coniugi; il declino della autorità dei genitori andata di pari passo con la tendenza a mettere in comune o a “socializzare” con i figli molte funzioni genitoriali. Fino ad arrivare a un vero e proprio rovesciamento dei rapporti tra generazioni, con la *genitorializzazione precoce* dei figli, accompagnata da una de-responsabilizzazione dei genitori che assumono sempre più spesso condotte egocentriche, simil-adolescenziali e irresponsabili. Da

questo punto di vista alcuni hanno visto nella “genitorialità confusa” una delle principali figure del disagio psicologico e psicopatologico della nostra epoca.²⁸

Cultura e società. La crisi delle ideologie, la caduta degli ideali sociali e politici tradizionali sembra avere condotto a un mondo dominato dalle apparenze, in cui le immagini e i mass-media svolgono un ruolo incontrastato. A questo proposito Touraine²⁹ ha parlato di crisi dei *garanti metasociali*: grandi strutture di inquadramento e di regolazione della vita sociale e culturale che hanno la funzione di garantire una sufficiente stabilità delle formazioni sociali (miti e ideologie, credenze e religione, autorità e gerarchia). René Kaës³⁰ ha sviluppato una riflessione sulla crisi dei *garanti metapsichici*, vale a dire «formazioni e processi dell'ambiente psichico su cui si basa e si struttura la psiche di ogni soggetto»: interdizioni fondamentali, contratti intersoggettivi che rappresentano i principi organizzatori dello psichismo. La crisi di queste formazioni avrebbe dato luogo a quattro caratteristiche della postmodernità: cultura del controllo, cultura dell'illimitato, cultura dell'urgenza, cultura del lutto illimitato. L'impossibilità di portare a termine una elaborazione del lutto dei garanti metafisici, metasociali e metapsichici farebbe emergere aspetti persecutori, maniacali e melanconici tali da realizzare quella strana condizione per la quale nella postmodernità si coltiverebbero allo stesso tempo catastrofismo, aspettative maniacali e illusioni di padronanza e controllo. Gilles Lipovetsky³¹ per parte sua ha messo in luce il rapporto tra «disarticolazione della socializzazione disciplinante» ed emergere di una ideologia individualista, centrata su motivazioni e desideri dei singoli. Allo stesso tempo il prevalere di una mentalità consumistica incarnatasi in un vero e proprio culto del consumismo, insieme con la diffusione di nuove tecnologie idonee alla creazione di mondi virtuali, ha sostenuto una atmosfera di irrealtà permanente nella quale la attenzione si concentra quasi solo sul presente e sulla soddisfazione immediata dei propri bisogni e desideri. A questa immediatezza si collega una presunta modificazione profonda nei modi di vivere il tempo. L'orizzonte temporale si sarebbe ristretto e saremmo caduti preda della «cultura dell'urgenza»: ³² rapidità, concitazione, immediatezza; il tempo dello *zapping* – si dice – avrebbe usurpato la “naturale” antica lentezza.

Crisi del futuro. La fine della modernità è considerata in questa prospettiva una vera e propria catastrofe: il tramonto dell'età dell'uomo, la perdita di ogni speranza-illusione in un futuro migliore. Il futuro, per la prima volta, si sostiene, invece di essere immaginato come un luogo migliore o come una promessa si configura come un'epoca di cui diffidare o addirittura come una minaccia. La minaccia di un disastro atomico³³ o ancor più l'incombente catastrofismo ecologico sostanzia questa cupa atmosfera nella quale (si presume) i nostri figli vivranno in un mondo molto peggiore del nostro tanto che ogni sforzo di prepararsi al futuro si configura come vano.

Identità e narcisismo. In questa epoca ha senso occuparsi solo di se stesso o delle proprie realizzazioni personali. In quella che è stata chiamata la *cultura del narcisismo* prevale l'individualismo: l'individualità al posto della soggettività.³⁴ Si è consumata la disfatta del soggetto: la spiritualità ha lasciato il posto a una visione materialistica nella quale gli individui sono entità separate, dominate dalla indifferenza e dalla spinta alla auto-realizzazione a ogni costo. *Narcisismo, intimismo, edonismo* sono le parole chiave di questa «era del vuoto»³⁵ nella quale si assiste a un generale disincanto, a una «forma inedita di apatia fatta di sensibilizzazione epidermica al mondo e, contemporaneamente, di profonda indifferenza nei suoi confronti». Si tratterebbe di una vera e propria mutazione antropologica ancora in corso che vede la apoteosi del narcisismo. Una mutazione che avviene in un clima di “apatia disinvolta” che può anche costituire un baluardo nei confronti della paranoia insita in ogni grande ideologia, ma che al tempo stesso comporta una disgregazione della identità. In questa condizione di perenne *liquidità*,³⁶ nella quale le cose non hanno forma propria ma assumono la forma del loro contenitore, la identità stessa vacilla o avverte la sua stessa inconsistenza. In questa corsa basata sulla «pluralizzazione intrapsichica dei soggetti»,³⁷ ci si concede la possibilità di immaginare innumerevoli possibilità identitarie, debordando dai vincoli in base ai quali vengono convenzionalmente attribuiti i ruoli. Come riconoscersi una identità in una condizione in continuo mutamento e che rimanda sistematicamente a infinite possibilità? Non resta che acchiappare al volo – come dice Bauman³⁸ – «identità svolazzanti» che subito si dileguano.

Evoluzione psichica. La durata della adolescenza si è allungata tanto che l'adolescenza non sembra più una fase di passaggio verso l'età adulta quanto uno stato che tende ad auto-mantenersi. Questo prolungamento sarebbe però solo apparente dal momento che corrisponderebbe a una *impossibilità* di vivere la propria adolescenza: secondo questa chiave di lettura la società non offrirebbe al soggetto un contesto sufficientemente strutturante tale da proteggere la sua evoluzione attraverso e oltre la adolescenza. Anche l'Edipo sarebbe solo apparentemente scomparso: in realtà viene evitato. Molti giovani, privi di un contesto familiare sufficientemente solido in cui *fare* il proprio Edipo, spostano il loro contesto di azione dalla famiglia alla società, alla piazza, cercando inconsapevolmente di fare il loro Edipo con la polizia!³⁹

Dermatologi in Patagonia?

Come contenersi rispetto a questa straordinaria messe di ipotesi, spunti di riflessione e dati? Evitando cortocircuiti o facili riduzionismi che diano l'impressione di spiegare un fenomeno semplicemente spazzandolo via dal novero dei problemi ancora aperti. Tuttavia di fronte alla esplosione di patologie dell'area *borderline*-narcisistica che vestono sempre più spesso i panni della cosiddetta "depressione", la tentazione di ricondurre questo fenomeno a poche o addirittura a una sola variabile è forte. Non è nemmeno una tentazione nuova. Molti ne sono stati sedotti – nel passato e nel presente – pur di lenire il senso di impotenza.

Per esempio nel 1910 Scipio Sighele⁴⁰ spiegava la diversità dei bambini dei primi del Novecento rispetto a quelli del secolo precedente ricorrendo alla immagine di una febbre che domina una civiltà che si è fatta sempre più frettolosa. Quello che i bambini sentono, leggono o vedono intorno a loro fa sì che la frettolosa preoccupazione che travolge i loro genitori si riversi in loro accelerandone pericolosamente lo sviluppo: facendo loro saltare tappe fisiologiche della evoluzione e rendendoli precocemente dei "nervosi".

Oggi Julia Kristeva⁴¹ ha visto nelle «nuove malattie dell'anima» il prodotto delle distorsioni tipiche delle società avanzate. Sovraccar-

ricato da immagini e stimoli di ogni genere, spinto al consumo sfrenato, provato dallo stress e dalla richiesta incessante di adeguate performance, l'uomo è stato amputato dell'anima. Samuel Erlich⁴² vede senza mezzi termini nel grande progresso e nell'enorme successo della civiltà i diretti responsabili dell'insoddisfazione del soggetto. Un soggetto che non è stato capace di stare al passo con i grandi cambiamenti che la civiltà gli ha imposto. Kaës⁴³ individua con termini un po' apocalittici «quattro cupe caratteristiche della postmodernità» che considera isomorfe allo smarrimento che attraversa la cultura e la psicopatologia del mondo attuale. Martin Wangh⁴⁴ addebita la sofferenza dell'epoca alla crescente incertezza sulla futura esistenza della nostra civiltà a causa della possibilità concreta della distruzione totale del mondo a opera dell'uomo: «l'improvviso riconoscimento della fantasia di fine del mondo come realtà effettiva ha posto l'immaginazione riparativa dell'uomo di fronte a un compito quasi impossibile» nel quale la fine di ogni creatività coincide con una sorta di «minaccia di castrazione finale». Tutte notazioni suggestive. «Idee intriganti» – scriveva giustamente qualche anno fa Cooper⁴⁵ – che restano però tutte da dimostrare.

D'altra parte non possiamo nemmeno comportarci come dermatologi in Patagonia:⁴⁶ come dermatologi cioè che, lavorando in una terra particolarmente esposta all'allargamento del buco dell'ozono, vedono crescere drammaticamente intorno a loro i casi di tumore cutaneo. Di fronte a fenomeni di questa portata non ci si può limitare a chinare la testa e a lavorare solo sulle figure che la clinica offre alla nostra attenzione. Diventa naturale e necessario interrogarsi sulla natura oltre che sulla portata del fenomeno. Se non possiamo fare *solo* i dermatologi in Patagonia, è anche vero che non possiamo nemmeno illuderci di essere *climatologi* in Patagonia. Pena il cadere nella superficialità e nella improvvisazione. Dobbiamo limitarci a dare voce alla nostra esperienza e a far parlare il nostro punto di vista di clinici. Nella speranza che qualche climatologo si metta a lavorare con noi, a un differente livello di intervento e di riflessione. Per ora non possiamo che rispettare la complessità di un fenomeno pluristratificato che si trova al crocevia di ambiti diversi ma complementari, tracciarne ripetutamente le coordinate, nella speranza che emergano ulteriori aspetti, rimandi o connessioni che ci consentano di av-

volgere il fenomeno nel suo complesso in una rete di possibili significati. Da questo punto di vista il mio contributo si limita a provare a mettere in tensione tra loro tre termini: *infanzia, trauma, narcisismo*.

Infanzia. Dire che oggi la vita dei bambini è migliorata è una ovvietà. Non è necessario ricordare come siano drammaticamente migliorate le condizioni materiali di vita o come si sia ridotta in maniera impressionante la mortalità infantile (di oltre il quaranta per cento tra il 1990 e il 2002!). È altrettanto ovvio dire che si è sviluppata una *cultura* dell'infanzia, dell'accudimento infantile, del rapporto madre-neonato che è ormai diventata parte di veri e propri riti sociali (come la rituale visita da *Prenatal*) e che comincia a fare sentire la sua influenza fin dall'epoca antecedente la nascita (o addirittura il concepimento). Nelle società avanzate la cultura dell'infanzia slitta sempre di più verso un vero e proprio *culto* dell'infanzia, segnato da una straordinaria valorizzazione della vita infantile. La rapidità di queste trasformazioni fa dimenticare un passato che è solo da poco dietro le nostre spalle. Due scarse notazioni.

Poco più di cento anni fa Anton Cechov⁴⁷ valorizzava il progresso: ma non per le conquiste scientifiche o tecnologiche a cui aveva condotto. Ma soltanto per il fatto che aveva portato con sé un diverso modo di occuparsi dei bambini: «al progresso ho creduto fin dall'infanzia, e non potevo non crederci, poichè la differenza tra quando mi si frustrava e quando smisero di frustarmi fu enorme».

Una seconda notazione. Hugh Cunningham nella *Storia dell'Infanzia*⁴⁸ ricorda che all'inizio degli anni Trenta dell'Ottocento il governo britannico, nell'ambito di una contrattazione sulla durata dell'orario di lavoro, non cedette alle richieste di chi chiedeva una giornata di lavoro di dieci ore. Accolse tuttavia questa richiesta solo per i bambini «vietando loro il lavoro nelle fabbriche se avevano meno di nove anni e limitando a otto ore al giorno il lavoro dei bambini fino a quattordici anni». Veniva giudicato impossibile portare avanti il lavoro delle fabbriche senza usare bambini tra i nove e i quattordici anni. L'ossimoro del "lavoro infantile" in una piccola ma significativa parte del mondo si è solo da poco sciolto mediante la consapevolezza che lavoro e infanzia sono termini antitetici: se c'è l'uno, non c'è l'altra.

Ma basta ascoltare i racconti dei nostri nonni o anche dei nostri padri per rintracciare un mondo a noi oggi sconosciuto. Giovanni Jervis è nato nel 1933. Recentemente, in un articolo dedicato al filosofo Herbert Marcuse, ha raccontato un ricordo personale:⁴⁹ «Quando avevo sette o otto anni e cominciavo a leggere, trovavo nelle librerie di casa mia vecchi libri, a metà strada tra il pedagogico e l'illustrativo, pubblicati in Francia e in Inghilterra nei primi decenni del secolo. Questi libri partivano dall'idea che il bambino fosse da educare alla sensibilità. Uno di essi conteneva *Larmes d'enfant*, lacrime di bambino, e conteneva piccoli racconti estremamente tristi e qua e là anche crudeli. Secondo la presentazione nelle prime pagine di quel volumetto, tali racconti andavano letti ai bambini di età prescolare con un fine preciso, ossia proprio perchè piangessero. L'idea bene esplicitata era che fosse utile farli piangere esponendoli a narrazioni strazianti, al fine di aiutarli a divenire esseri umanamente senzienti. Bisognava piegare il loro animo al sentimento per avvicinarli a quelle misure di introspezione, di sensibilità, di carità e di pietà che altrimenti, forse non avrebbero mai sviluppato. Nella stessa logica, i miei nonni, da giovani, pensavano ancora che i movimenti disordinati di braccia e gambe dei piccoli sotto i sei mesi di età andassero contenuti strettamente: i piccoli erano tenuti, come ancora si dice, in fasce, perchè non si muovessero troppo». Mio padre, nato nel 1923, racconta che lui e i suoi compagni, quando frequentavano le scuole elementari, potevano "ammirare" sulle pareti della classe la sequenza fotografica della impiccagione di Cesare Battisti: una serie di foto nelle quali il condannato a morte viene ritratto *prima* della esecuzione, *durante* e *dopo* l'esecuzione, attorniato dal boia Lang e dai suoi collaboratori, sorridenti e fieri del loro operato.⁵⁰ Chi oggi potrebbe tollerare che suo figlio fosse *pedagogicamente esposto* a simili nefandezze? Sullo sfondo di queste e di altre radicali modificazioni si sono realizzate mutazioni tutt'ora in corso e poco sopra riassunte: dalla idealizzazione dell'infanzia e dell'accudimento genitoriale alla precoce delega di responsabilità, alla genitorializzazione precoce del bambino, al dissolversi delle barriere inter-generazionali, ecc. Tutto ciò naturalmente è andato di pari passo con una tendenza simmetrica e inversa: alla trascuratezza e all'abuso. Confermando

la imm modificabile e perenne ambivalenza del modo in cui gli adulti si dispongono nei confronti della infanzia e del suo mondo.

Trauma. All'interno dell'opera freudiana il concetto di trauma ha seguito una parabola connotata da un suo progressivo ampliamento: dal versante fattuale-concreto-reale al versante fantasmatico; dal trauma sessuale come fattore eziologico nelle nevrosi al ruolo della fantasia, al recupero del trauma come evento reale nelle nevrosi traumatiche e ancora al ruolo del "fattore traumatico" nella genesi della angoscia. Schematizzando molto, si potrebbe sostenere che dopo Freud il concetto di trauma si è aggregato intorno a due coppie polari. Il trauma si è andato distribuendo lungo un primo asse che vede a un estremo il trauma *esterno, reale, storico* e a un altro estremo il trauma *interno, fantasmatico, virtuale*. Lungo un secondo asse il trauma si è andato invece differenziando in trauma come evento massivo ma unico (isolato, puntiforme) e viceversa trauma cumulativo (ripetuto, multiplo o cronico).

La griglia all'interno della quale Freud aveva studiato il trauma integra una serie di prospettive: visione economica del trauma, visione eziologica del trauma sessuale nella isteria, trauma reale e trauma in fantasia, trauma e barriera protettiva, trauma e impotenza, azione in due tempi del trauma. In che misura questi concetti sono ancora validi o richiedono una revisione o un ampliamento? Giaconia e Racalbuto,⁵¹ per esempio, hanno dato una definizione allargata di trauma che raccoglie molte delle indicazioni originarie freudiane: «traumatiche sono tutte quelle vicende che non sono suscettibili di elaborazione psichica; accadimenti esterni o interni che non possono essere integrati nella realtà psichica perché non vengono reperiti mezzi adeguati a esprimere "rappresentazioni" significative di tali "dati" dell'esperienza». Potremmo chiederci da questa prospettiva se le cosiddette depressioni "vuote" o viceversa piene di passioni evanescenti e indisciplinate come disforia, rabbia o vergogna non abbiano qualcosa a che vedere proprio con questo difetto di elaborazione psichica, con la difficoltà o la impossibilità di strutturare le esperienze entro un contenitore sufficientemente stabile che consenta una loro rappresentazione psichica complessa, magari conflittuale. Si realizza invece di volta in volta il momentaneo prevalere di uno

stato mentale che resta come in sospensione, spazzato via dal successivo. Le due polarità della “depressione” che abbiamo descritto, tra la costellazione *disforia, rabbia, solitudine, vuoto* e quella *vuoto, insufficienza, delusione, vergogna*, sembrano caratterizzate dal fatto che in entrambe i casi gli stati affettivi non si configurano come sistemi chiusi, rinserrati in se stessi (come nel caso estremo di un arresto melancolico) ma si mantengono in condizioni di grande apertura, forte reattività, esposti alle influenze dell’ambiente ed estremamente sensibili a ogni variazione atmosferico-relazionale. Una vicenda psicopatologica in perenne transizione, non in grado di accedere alla forma invariante di un quadro tipico. Per questa estrema suscettibilità alle variazioni atmosferico-ambientali il paziente “depresso” appare sempre esposto, allo scoperto, meno rinserrato in una propria *tradizionale* strutturazione psicopatologica. Vive una condizione che è invece rimasta aperta, carente, un po’ come una frattura esposta, dolente, estremamente sensibile alle influenze dell’ambiente. Per questo sempre *assorbito nel presente*. Un assorbimento che da un lato mostra l’impossibilità di costituire in una sequenza affettivamente integrata gli eventi, dall’altro lato mostra anche però come sia possibile *spiazzare* ogni evento con un altro. Un po’ come accade con le ultime notizie che di giorno riempiono le prime pagine dei nostri giornali, facendo scivolare via le precedenti. Ci si concentra sugli eventi e sugli stati affettivi *uno a uno* e non in serie. Da questi attimi tuttavia non scaturisce una storia. Ognuno di essi funziona viceversa come un tappo che occlude una storia, una storia che non può essere raccontata. Qualunque cosa accada, dopo ne accade un’altra e se si continua a inseguire gli eventi, concentrandosi sempre sul presente, si continuerà ad avere a che fare solo con *un* evento invece che con una storia. Una sequenza fatta di disforia, vergogna, rabbia o viceversa di vuoto o insufficienza, ma che stenta a trovare una sua stabile rappresentazione storica. Come accade invece in maniera paradigmatica nella depressione melanconica nella quale il depresso ricostruisce una sua storia – magari delirante – che vede una colpa all’origine di tutti i suoi mali. In queste “depressioni atipiche” domina invece uno stato analogo alla perplessità. Analogo ma non identico alla condizione che la psicopatologia classica descrive negli stati matriciali del delirio: quei momenti ambigui in cui si percepisce dram-

maticamente la perdita della presa sulla realtà comune e allo stesso tempo l'affacciarsi di qualcosa di nuovo, sconosciuto ma comunque inquietante e genericamente minaccioso. La perplessità è allora un modo di fare il morto, di ripararsi dalla violenza traumatica degli eventi, dalla radioattività montante. Stare fermi, spaesati e perplessi nel tentativo di tenersi aggrappati a *uno* stato in una condizione sinistramente cangiante in cui tutto si polverizza e ogni realtà diventa di per se stessa traumatica. Forse, per dare conto degli stati depressivi atmosferici che abbiamo descritto, bisognerebbe interrogarsi sul ruolo di un traumatismo polverizzato, diffuso e continuo, che non lascia scampo proprio perchè si infiltra ovunque. Un traumatismo nel quale la presentazione del fattuale – come ha sottolineato bene Christopher Bollas⁵² – torna a giocare un ruolo centrale. Proprio perchè il reale è di per se stesso traumatico e induce – come scriveva Winnicott – un momentaneo vuoto di pensiero. Soprattutto quando si viene massicciamente o prematuramente esposti a esso. Oppure quando, viceversa, scarseggiano all'orizzonte filtri, barriere, contenitori, limiti o anche chi si assuma (almeno transitoriamente) la responsabilità di declinarne il senso. Vale a questo proposito quanto è stato descritto nell'ambito della trasformazione della famiglia e in quello della assunzione dei ruoli al suo interno. Questa condizione di traumatismo diffuso potrebbe comportare – per dirla con Vincenzo Bonaminio⁵³ – una sorta di «installazione residente del trauma» all'interno del tessuto psichico stesso. Una installazione che non ha necessariamente a che fare con gli effetti diretti del trauma diffuso. Ha molto più a che fare con gli effetti indiretti del trauma, rappresentati dal continuo lavoro di assorbimento del trauma e con la fatica di convivere con questi vuoti di pensiero momentanei ma in continua successione. Ha a che fare con tutto ciò che implica la capacità di assorbire, resistere al trauma, senza lasciarsene travolgere: una eventualità come sappiamo altamente frequente anche nei casi dei traumi massicci e isolati. *Resilienza*: un termine tecnico, tratto dalle scienze dei materiali che indica la proprietà di un materiale di subire un impatto traumatico e di potere “resistere” al danno, assorbendolo, autoriparandolo, ripristinando magari la forma originaria del materiale. Esattamente come accade con una recente piccola automobile di nicchia. Potere tirare un violento calcio sulla portiera fi-

no a deformarla. Tanto poi, con un colpo ben assestato, lo sportello riacquista la sua forma originaria! Ma quale prezzo pagano le *persone* per mantenere questa apparente imperturbabilità?

Narcisismo. Non mi riferisco in questa sede al narcisismo come *cultura narcisistica*. Il narcisismo che qui mi interessa è quello che costituisce il nocciolo di un contratto: il *contratto narcisistico*. Piera Aulagnier⁵⁴ ha parlato della missione che grava su ogni neonato: assicurare la continuità di una generazione secondo una modalità particolare assegnatagli in base ai termini di un contratto che rientra in una economia narcisistica. Il nuovo nato occupa un posto in un insieme. Ma questo insieme – per assicurargli un posto – deve a sua volta investire narcisisticamente questo nuovo nato. L’investimento narcisistico avviene all’interno di una catena di cui ogni soggetto si sente membro riconosciuto come portatore di una continuità del gruppo. Il contratto narcisistico svolge una triplice funzione: assicura una origine, mantiene la continuità, assicura al neonato e al futuro adulto il diritto a occupare un posto che non si fonda solo sul verdetto genitoriale ma anche sul riconoscimento del gruppo nel suo insieme. Alla filiazione narcisistica si affianca così la dimensione della filiazione istituita: il riconoscimento da parte di un gruppo di un legame di filiazione che ha anche una dimensione sociale.

I termini di questo contratto erano stati delineati con grande acume e sensibilità da Freud in *Introduzione al narcisismo*⁵⁵ quando scriveva: «se consideriamo l’atteggiamento dei genitori particolarmente teneri verso i loro figli, dobbiamo riconoscere che tale atteggiamento è la reviviscenza e la riproduzione del proprio narcisismo al quale i genitori stessi hanno da tempo rinunciato [...]. Al tempo stesso esiste nei genitori anche la tendenza a sospendere in favore del bambino tutte le acquisizioni della civiltà al cui rispetto essi stessi hanno costretto il proprio narcisismo, e a rinnovare per lui la rivendicazione di privilegi a cui da tempo hanno rinunciato [...]. Malattia, morte, rinuncia al godimento, restrizioni imposte alla volontà personale non devono valere per lui, le leggi della natura al pari di quelle della società devono essere abrogate in suo favore, egli deve davvero ridiventare il centro e il nocciolo del creato, quel “His Majesty the Baby”, che i genitori si sentivano un tempo [...].

Nel punto più vulnerabile del sistema narcisistico – l’immortalità dell’Io che la realtà mette radicalmente in forse – si ottiene sicurezza rifugiandosi nel bambino».

Qualcosa di importante sembra essere accaduto proprio a livello di questo contratto narcisistico. Che cosa è cambiato nei termini del contratto? Difficile dirlo in termini esaustivi. Forse si può sottolineare un aspetto che riguarda lo sfondo sul quale il contratto narcisistico veniva siglato. Lo sfondo – scrive Freud – è uno sfondo ove ci si confronta con «malattia, morte, rinuncia al godimento». Ma quando Freud scriveva questo testo morivano più di cento bambini su mille nuovi nati. Oggi ne muoiono in Italia nemmeno cinque. In questo contesto mettere al mondo un bambino è diventata tutt’altra cosa: una eventualità nella quale, quando si affaccia la morte, la si attribuisce alla colpa di qualcuno: qualcuno ha sbagliato. Come se fosse “naturale” pensare che la nascita di un bambino non ha niente a che vedere con un rischio di morte. La *pressione* che malattia, morte, restrizioni, rinuncia al godimento esercitavano un tempo su ogni nuovo nato è oggi straordinariamente diminuita. *Quelle* leggi della natura e della civiltà di cui i genitori chiedevano la abrogazione per i loro figli sono forse davvero state abrogate. Il bambino è ora davvero “sua maestà il bambino”. E non raramente si incontrano genitori tiranneggiati dai propri bambini. Questa condizione di sospensione delle leggi della natura e della società per i propri figli oggi forse non è solo una “tendenza” dei genitori, come ai tempi di Freud: è diventata parte di un contratto sociale implicito. Il bambino – continuava Freud – deve avere una sorte migliore di quella dei suoi genitori: non deve essere costretto a subire le rinunce e le necessità che, come i genitori sanno, dominano la vita. Oggi tuttavia la rinuncia alle proprie aspirazioni non è sentita come una ineluttabile necessità ma come un attacco ingiustificato alla libertà e ai diritti dell’individuo: «il disagio della postmodernità – scrive Bauman⁵⁶ – deriva da una ricerca del piacere talmente disinibita che è impossibile conciliarla con quel minimo di sicurezza che l’individuo libero tenderebbe a richiedere».

Il genitore – scriveva ancora Freud – ottiene sicurezza nel punto più vulnerabile del sistema narcisistico, vale a dire riguardo alla immortalità dell’Io radicalmente messa in forse dalla realtà, rifugiando-

si nel bambino: consegnandogli un trono sul quale insediarsi. Ma che cosa accade quando questo trono – non più così minacciato dalla realtà – rischia di diventare un trono reale? Un trono dal quale non si può più scendere, è una trappola più che un trono. Non una tappa più o meno fugace. Non il confronto con una disillusione progressiva. Questa idealizzazione permanente, questa monumentalizzazione dell'infanzia, della crescita e delle sue infinite e illimitate potenzialità non finirà per gravare come un peso sulle spalle di *Sua Maestà*? E ancora: che rapporto ha tutto questo con quel mantello depressivo aspecifico che avvolge le lamentele dei nostri pazienti *borderline* o narcisisti? Forse le loro lamentele provengono da persone chiuse in quella trappola?

Note

- 1 E. Gaddini, *Se e come sono cambiati i nostri pazienti fino ai nostri giorni* (1984), in *Scritti*, Raffaello Cortina, Milano 1989.
- 2 Anche se sarebbe opportuno ricostruire nel dettaglio la storia del rapporto tra diagnosi psichiatrica e psicoanalisi. Sono infatti fortemente cambiati nel tempo i modi di intendere la diagnosi e il suo uso, oltre che il valore da attribuirle.
- 3 P. Greenacre, *The quest for the father*, International University Press, New York 1963.
- 4 R. Lucas, *The relationship between psychoanalysis and schizophrenia*, "International J. Psycho-Analysis", 84, 1, 2003, pp. 3-9; R. Michels, *The relationship between psychoanalysis and schizophrenia by Richard Lucas – A commentary*, "International J. Psycho-Analysis", 84, 1, 2003, pp. 9-12.
- 5 A. Green, *Borderline states and hysteria: metapsychological approaches and implications for technique*, "Psychoanalysis in Europe", 48, 1997, pp. 39-42.
- 6 E. Roudinesco, *Perché la psicoanalisi?* (1999), tr. it. Ed. Riuniti, Roma 2000.
- 7 La loro motivazione alla analisi è debole: spesso – continua Roudinesco – non hanno né l'energia né il desiderio di sottoporsi a lunghe cure, faticano a frequentare lo studio degli psicoanalisti in modo regolare. Saltano con facilità le sedute e dopo una *tranche* di analisi interrompono: magari pronti a riprendere il trattamento in un altro momento nodale della loro vita. Si tratta di quel fenomeno che è stato descritto nelle psicoterapie dei pazienti *borderline* come «fenomeno della catena umana» (cfr. L. Horwitz, G. Gabbard, J. Allen *et al.*, *Psicoterapia su misura. Pazienti borderline e patologie mentali gravi* (1996), tr. it. Raffaello Cortina, Milano 1998). Del resto ai cambiamenti

delineati da Roudinesco corrisponde un profondo mutamento della prassi psicoanalitica: nel trattamento di questo genere di “nuovi” pazienti sempre più spesso i parametri estrinseci del *setting* sono sottoposti a variazioni protratte quando non definitive: l'uso del *vis-à-vis* in luogo del lettino o magari il passaggio dal *vis-à-vis* al lettino solo in una fase avanzata del trattamento, il numero delle sedute che varia da una/due a quattro sedute o che magari viene progressivamente incrementato con il passaggio da due sedute in fase iniziale a tre sedute in fase più avanzata. Per non parlare della gran parte di tempo che gli psicoanalisti dedicano al lavoro psicoterapeutico. Sempre che sia possibile trovare dei criteri definitivi soddisfacenti per distinguere nettamente questi due ambiti. Molti di questi cambiamenti sono stati documentati anche dal *Profilo della Società Psicoanalitica Italiana nell'indagine SPI-Eurisko2004*, Società Psicoanalitica Italiana, Monza 2004.

- 8 M. Benasayag, G. Schmit, *L'epoca delle passioni tristi* (2003), tr. it. Feltrinelli, Milano 2004.
- 9 G. Di Chiara, *Sindromi psicosociali. La psicoanalisi e le patologie sociali*, Raffaello Cortina, Milano 1999.
- 10 K. Jaspers, *Psicopatologia generale* (1913), tr. it. Il Pensiero Scientifico, Roma 1964.
- 11 F. Dagognet, *Il catalogo della vita. Saggio sulle classificazioni* (1970), tr. it. Theoria, Roma 1986.
- 12 I. Hacking, *I viaggiatori folli. Lo strano caso di Albert Dadas* (1998), tr. it. Carocci, Roma 2000.
- 13 H. van Praag, *“Make-Believes” in Psychiatry or the Perils of Progress*, Brunner/Mazel, New York 1993.
- 14 E. Roudinesco, *Op. cit.*
- 15 E. Pewzner, *L'uomo e la sua colpa* (1996), tr. it. Moretti e Vitali, Bergamo 2000.
- 16 A. Ehrenberg, *La fatica di essere se stessi. Depressione e società* (1998), tr. it. Einaudi, Torino 1999.
- 17 P. Fédida, *Il buon uso della depressione* (2001), tr. it. Einaudi, Torino 2002.
- 18 N. Gosio, *Malinconia e depressioni: forme e deformazioni della contemporaneità*, “Psichiatria di Comunità”, 11, 2003, pp. 14-27.
- 19 A. Lowen, *Il narcisismo: l'identità rinnegata* (1983), tr. it. Feltrinelli, Milano 2003.
- 20 N. McWilliams, *Il caso clinico. Dal colloquio alla diagnosi* (1999), tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2002, p. 179.
- 21 P. Hoch, P. Polatin, *Pseudoneurotic forms of schizophrenia*, “Psychiat. Q.”, 23, 1949, pp. 248-276.

- 22 Cfr. J. Gunderson, K.A. Phillips, *A current view of the interface between borderline personality disorder and depression*, "Am. J. Psychiatry", 148, 1991, pp. 967-975; D. Westen, J. Moses, K. Silk, N. Lohr, R. Cohen, H. Segal, *Quality of depressive experience in borderline personality disorder and major depression: when depression is not just depression*, "Journal of Personality Disorders", 6, 1992, pp. 382-393; J. Rogers, T. Widiger, A. Krupp, *Aspects of depression associated with borderline personality disorder*, "American Journal of Psychiatry", 152, 1995, pp. 268-270. Anche recentemente questo dato clinico ha ricevuto ulteriore conferma: C. Henry, V. Mitropoulou, A.S. New, H.W. Koenigsberg, J. Silverman, L.J. Siever, *Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences*, "J. Psychiatr. Res.", 35, 6, 2001, pp. 307-312; F. Leichsenring, *Quality of depressive experiences in borderline personality disorders: differences between patients with borderline personality disorder and patients with higher levels of personality organization*, "Bull. Menninger Clin." 68, 1, 2004, pp. 9-22; P.R. Joyce, R.T. Mulder, J.M. McKenzie, S.E. Luty, C.R. Cloninger, *Atypical depression, atypical temperament and a differential antidepressant response to fluoxetine and nortriptyline*, "Depress. Anxiety", 19, 3, 2004, pp. 180-186.
- 23 Cfr. F.K. Goodwin, K.R. Jamison, *Malattia maniaco-depressiva* (1990), tr. it. McGraw-Hill, Milano 1994. Per quanto riguarda la colpa, mentre nella depressione classica la colpa occupa un posto centrale, nella cosiddetta depressione *borderline* mancano significative esperienze di colpa. Ciò non significa tuttavia che manchino sentimenti di colpa nel *borderline*: ad esempio, sentimenti di colpa generici o sentimenti di colpa relativi alla propria "cattiveria" o anche alla colpa stessa di esistere. Il punto è piuttosto che nella cosiddetta depressione *borderline* la colpa non diventa asse portante di una visione del mondo. Quando è presente, la colpa nella psicopatologia *borderline* è fenomeno tematico e non strutturale: ha carattere accessorio e marginale.
- 24 A.M. Cooper, *Narcissism and Masochism. The narcissistic-Masochistic Character*, "Psychiatric Clinics of North America", 12, 3, 1989, pp. 541-552.
- 25 A.M. Cooper, E.F. Ronningstam, *Narcissistic personality disorder*, in A. Tasman, M.B. Riba (a cura di), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, vol. 11, American Psychiatric Press, Washington (DC) 1992, pp. 80-97.
- 26 Cfr. N. McWilliams, *Op. cit.*
- 27 F. Petrella, *I disagi della psicoanalisi nella postmodernità*, "Psiche", 2, 2005, pp. 31-46.
- 28 G.F. Decherf, E. Darchis, L. Knéra, *Souffrances dans la famille*, In press, Paris 2003.
- 29 A. Touraine, *Sociologie de l'action. Essai sur la société industrielle*, Seuil, Paris 1965; tr. it. *Critica della modernità* (1992), il Saggiatore, Milano 1993.

- 30 R. Kaës, *Il disagio del mondo moderno e la sofferenza del nostro tempo. Saggio sui garanti metapsichici*, "Psiche", 2, 2005, pp. 57-66.
- 31 G. Lipovetsky, *L'era del vuoto. Saggi sull'individualismo contemporaneo* (1983), tr. it. Lumi, Milano 1995.
- 32 Cfr. R. Kaës, *Op. cit.*
- 33 M. Wangh, *Il narcisismo nella nostra epoca*, "Rivista di Psicoanalisi", 3, 1983, pp. 352-380.
- 34 Cfr. E. Roudinesco, *Op. cit.*
- 35 Cfr. G. Lipovetsky, *Op. cit.*
- 36 Cfr. Z. Bauman, *Modernità liquida* (2000), Laterza, Roma-Bari 2002.
- 37 A. Honneth, *Teoria delle relazioni oggettuali e identità postmoderna. Sulla presunta obsolescenza della psicoanalisi*, "Psiche", 1, 2002, pp. 13-29.
- 38 Z. Bauman, *Intervista sull'identità*, Laterza, Bari 2003.
- 39 Cfr. M. Benasayag, G. Schmit, *Op. cit.*
- 40 S. Sighele, *L'anima del fanciullo. Eva moderna*, Treves, Milano 1910. Traggo la citazione da *Immagini del bambino nella cultura moderna*, di Paolo Rossi, *Bambini, sogni, furori*, Feltrinelli, Milano 2001.
- 41 J. Kristeva, *Le nuove malattie dell'anima* (1995), tr. it. Borla, Roma 1998.
- 42 S. Erlich, *L'insoddisfazione del soggetto e il benessere della civiltà*, "Psiche", 2, 2005, pp. 67-72.
- 43 R. Kaës, *Op. cit.*
- 44 M. Wangh, *Op. cit.*
- 45 A.M. Cooper, *Nuovi sviluppi nella diagnosi clinica del disturbo narcisistico di personalità* (1998), in E.F. Ronningstam (a cura di), *I disturbi del narcisismo. Diagnosi, clinica, ricerca*, Raffaello Cortina, Milano 2001.
- 46 Cfr. M. Benasayag e G. Schmit, *Op. cit.*
- 47 A. Cechov, *Racconti* (1887), tr. it. Garzanti, Milano 2004.
- 48 H. Cunningham, *Storia dell'infanzia* (1995), tr. it. il Mulino, Bologna 1997.
- 49 G. Jervis, *Marcuse, mezzo secolo dopo*, "Micromega", 4, 2005, pp. 183-194.
- 50 Le immagini della intensa sequenza della esecuzione sono visibili sul sito: http://www.kaiserjaeger.com/it/Albums/Album_Cesare_Battisti.htm
- 51 G. Giaconia, A. Racalbutto, *Il circolo vizioso trauma-fantasma-trauma*, "Rivista di Psicoanalisi", 4, 1997, pp. 541-558.
- 52 C. Bollas, *Cracking up. Il lavoro dell'inconscio* (1995), tr. it. Raffaello Cortina, Milano 1996.
- 53 V. Bonaminio, *Il "discorso" dell'adolescente in analisi e la lacerazione del tessuto transizionale: nuove forme del "disagio della civiltà"*, "Psiche", 2, 2005, pp. 139-146.

- 54 P. Aulagnier, *La violenza dell'interpretazione* (1975), tr. it. Borla, Roma 1994.
- 55 S. Freud, *Introduzione al narcisismo* (1914), tr. it. in *Opere*, vol. 7, Bollati Boringhieri, Torino 1975.
- 56 Z. Bauman, *Op. cit.*