

AII

Antonio Filiberti

Sintomo o peccato

Per una clinica antropologicamente fondata





Aracne editrice

www.aracneeditrice.it

Copyright © MMXXI
Giacchino Onorati editore S.r.l. — unipersonale

www.giacchinoonoratieditore.it
info@giacchinoonoratieditore.it

via Vittorio Veneto, 20
00020 Canterano (RM)
(06) 45551463

ISBN 978-88-255-4047-5

*I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica,
di riproduzione e di adattamento anche parziale,
con qualsiasi mezzo, sono riservati per tutti i Paesi.*

*Non sono assolutamente consentite le fotocopie
senza il permesso scritto dell'Editore.*

I edizione: marzo 2021

Indice

7	<i>Ringraziamenti</i>
9	<i>Prefazione</i>
13	<i>Tematiche introduttive</i>
27	Capitolo 1. Sintomo o peccato: per un dialogo tra antropologia e psicopatologia
	1.1. Una nota antropologica introduttiva, 27 – 1.2. La sofferenza causata dal male commesso, 29 – 1.3. Sintomo o peccato?, 32 – 1.4. Pio XII, Giovanni Polo II e un esempio clinico, 34 – 1.5. Il male nella clinica: questioni antropologiche o di incompetenza psicoterapica?, 38 – 1.6. Per finire una riflessione a partire da un monito del Guardini, 41
45	Capitolo 2. Il dolore spirituale: questo sconosciuto
	2.1. Breve nota antropologica, 46 – 2.2. Obiettivo del lavoro, 47 – 2.3. Esempi di (stra)ordinario dolore, 48 – 2.4. Sul riconoscere il dolore spirituale: la lezione della Salvifici doloris, 49 – 2.5. Spiritualità e senso di sé nel paziente grave: Silvio, Alexia e altri, 51 – 2.6. La spiritualità e l'altro: sul valore della relazione, 54 – 2.7. Spiritualità e rabbia: la paziente che non voleva curarsi e Sant'Agostino, 56 – 2.8. La psicoterapia è essenzialmente relazione, 58 – 2.9. Brevi esemplificazioni psicoterapiche, 59 – 2.10. Posso pregare con lei?, 59 – 2.11. Note conclusive: esperienze cliniche, 62
65	Capitolo 3. Aspetti filosofici e psicologici della relazione trauma-valori
	3.1. Il caso del signor C: il dolore di non sentirsi persona di valore, 66 – 3.2. Valori e Qualità di vita, 69 – 3.3. Sofferenza e solidarietà, 70 – 3.4. Valori e

piacere, 71 – 3.5. Il caso del signor Brown: un padre che uccide la figlia, 73 – 3.6. Una domanda impossibile, 74

77 **Capitolo 4. Sindrome del burn out:
una riflessione antropologica**

4.1. Inesorabilità del pensare: ha senso quello che sto facendo?, 77 – 4.2. Dalla disperazione lavorativa alla sindrome del burnout: studi psicosociali, 79 – 4.3. Burnout e psicologia sociale maligna: sul valore riabilitativo della relazione, 82 – 4.4 Essere solidali una questione individuale e di cultura organizzativa, 85 – 4.5. Il maltrattamento in RSA: persone o sistemi maltrattanti?, 88

93 **Capitolo 5. La madre misericordiosa.
Uno sguardo diverso sulla tragedia di Edipo**

5.1. Laio e Rachele, genitori che non hanno sogni per i figli?, 94 – 5.2. Un silenzio intriso di dolore, 95 – 5.3. Sul valore della relazione, 99 – 5.4. Dal quadro di Rubens alla parabola del padre misericordioso, 100 – 5.5. Un breve commento conclusivo: la speranza nel dolore, 100

103 **Capitolo 6. C'è tanto buio qui... Per un incontro
tra dolore spirituale e psicoterapia psicoanalitica**

6.1. Era buio: sul relazionarsi con il dolore spirituale, 104 – 6.2. Un po' di luce: ci vediamo, 107

111 **Capitolo 7. Note sull'ascolto psicoterapico
del paziente grave (oncologia, cure palliative)**

7.1. L'inconscio comunque lavora, 111 – 7.2. Intersoggettività, 114 – 7.3. Regressione o ricerca di senso?, 117 – 7.4. Mentre il nostro uomo esteriore va in rovina l'uomo interiore si rinnova di giorno in giorno: il delirio del signor B, 119 – 7.5. Che significato hanno la vita, il dolore? Il caso di Marta, 123 – 7.6. Sull'accettazione del limite: un breve commento conclusivo, 126

129 **Capitolo 8. Sull'approccio relazionale in psicogeriatría**

8.1. Sul valore della relazionalità, 138 – 8.2. Conclusioni: sul senso del limite, 142

Ringraziamenti

Ringrazio la rivista FORUM che ha permesso la pubblicazione del lavoro Sintomo o peccato: per un dialogo tra antropologia e psicopatologia, in origine pubblicato su FORUM, volume 5/1, 115-130, 2019. Ringrazio la rivista Studi cattolici, perché il capitolo Il dolore spirituale questo sconosciuto è apparso in parte nel lavoro: Il dolore nel paziente grave in Studi cattolici, 719: 4-10, 20121. La rivista PSICOGERIATRIA che ha permesso la pubblicazione dei lavori Sindrome del burn out: una riflessione antropologica e Sull'approccio relazionale in psicogeriatra, pubblicati in origine su PSICOGERIATRIA con il titolo La sofferenza dell'operatore: una riflessione antropologica e psicodinamica sulla sindrome del burnout, volume 211-18, 2018 e con il titolo Sguardi antropologici e relazionalità: sull'approccio relazionale in psicogeriatra, volume 151-59, 2016.

Una buona relazione cura

Questo è un libro che rimarca il valore clinico della relazione all'interno di un'immagine antropologica che vede l'uomo come essere sociale e relazionale ma anche animato da profondi bisogni spirituali. Chi condivide questa visione dell'uomo si troverà in accordo con quanto scritto dallo psicoanalista americano Roy Barness¹, quando rivela che il suo interesse per la psicoanalisi è stato ed è essenzialmente di natura spirituale. Barness vede in ogni incontro psicoterapico qualcosa di sacro, un invito alla sacralità dell'incontro umano dove il cambiamento e la guarigione avvengono attraverso la vocazione a incontrare la profondità personale di ogni individuo nella sua singolarità. Affermazione questa che non trovo essere distante da quanto sostenuto dal BCSG (Boston Change Process Study Group)² quando sostiene che una delle più sconcertanti intuizioni che emergono sia dalla ricerca sia dalla clinica è che la qualità della relazione terapeutica sembra essere l'elemento specifico più importante di cura, più di qualunque tecnica psicoterapica particolare.

Al di là del mondo psicoterapico, nella letteratura vi sono molti esempi della significatività della relazione e del suo valore riabilitativo, esempi talvolta poco citati e poco meditati, spesso dimenticati nella quotidianità terapeutica. In questa breve prefazione sul valore dell'incontro con la persona sofferente ne ricorderò alcuni. Un esempio è l'esperienza fatta da Loren Mosher, il Soteria project nel 1971³. Mosher allora membro influente e direttore del Center for Studies of Schizophre-

1. Barness R., *Competenze cliniche nella psicoanalisi relazionale*, Fioriti Editore, 2018.

2. Il BCPSG è un gruppo di studio interdisciplinare di psicoanalisti e ricercatori dell'età evolutiva. Si interessa in modo particolare dei cambiamenti in psicoterapia.

3. Citato in Gotzsche P., *Psichiatria letale e negazione organizzata*, Fioriti Editore, 2015, p. 198.

nia del National Institute of Mental Health americano aveva dato inizio a un progetto umanistico dove le persone che avevano una diagnosi di psicosi venivano trattati da lui e dalla sua equipe con umanità e rispetto. Il suo staff non era composto da professionisti ma da persone che possedevano elevate competenze sociali ed empatia e che ascoltavano le storie folli degli ospiti di Soteria, che spesso si rivelano essere storie di abusi. Lo stesso Leonor Mosher trascorreva molte ore ad ascoltare quanto avevano da raccontare i suoi ospiti. Soteria ha rivelato l'elevato valore riabilitativo della relazione, molti degli ospiti recuperavano una vita sociale e relazionale, non dovevano assumere antipsicotici e mostravano poche recidive. Esperienze simili sono state raccontate da Jakko Sekkula⁴, psicologo clinico dell'ospedale lappone di Keropudas, dove ha sviluppato con successo un approccio globale chiamato *Dialogo aperto* per il trattamento di pazienti schizofrenici, approccio centrato sulla relazione e incontro con queste persone sofferenti. Ed ancora George Atwwood, psicoanalista relazionale americano, che descrive i suoi incontri, che a mio parere definire psicoterapici suonerebbe riduttivo, con persone immerse nei loro deliri e allucinazioni e quanto questi incontri siano di aiuto per questi disperati.

Un altro esempio del valore della relazione ci viene dato dalla psicologia clinica Marie de Hennezel⁵ nel suo splendido libro *La morte amica*, racconta di quanto il suo lavoro basato sulla relazione sia stato di aiuto a persone che erano ricoverate presso l'unità di cure palliative di un ospedale universitario di Parigi. La frase simbolo del libro è che il moribondo sa, ha soltanto bisogno che lo si aiuti a dire ciò che sa. E alla domanda che Marie de Hennezel si fa perché gli è così difficile esprimersi, la risposta è la percezione dell'angoscia di chi lo circonda a partire dai famigliari, amici per finire agli operatori. Angoscia che non permette alcun dialogo sulla realtà che la persona che si sente prossima alla morte sta vivendo. La negazione del dialogo e il conseguente sentimento di solitudine abissale diventa fonte di dolore che può anche esitare in un vero stato confusionale. Maria de Hennezel racconta di come pazienti ricoverati nel reparto hospice nel quale lavorava superavano stati deli-

4. Sekkula J., *Il dialogo aperto*, Fioriti Editore, 2014.

5. Marie de Hennezel, *La morte amica*, Rizzoli, Milano 1996, p. 51.

ranti quando trovavano un conforto psicologico e spirituale nell'incontro che questa psicologa aveva con loro. Incontri nei quali la persona ormai prossima alla morte e che si sentiva tale aveva la possibilità di condividere con un'altra persona come stava vivendo l'esperienza ultima della sua vita. La solitudine uccide non solo fa impazzire. L'esperienza di solitudine e di non senso della vita è stato identificato come il fattore di rischio principale per l'avvenuto suicidio in pazienti oncologici che erano in fase avanzata di malattia e seguiti all'interno di un programma di assistenza domiciliare, come confermato da un'indagine epidemiologica basata sulla metodologia della *psychological autopsy* che aveva coinvolto più di 15.000 pazienti⁶.

A conforto di quanto scritto da de Hennezel e di quanto sostenuto dalla ricerca appena ricordata, emblematicamente ricordo due studi realizzati con pazienti oncologici di società secolarizzate come quella norvegese e svedese⁷ che riferivano il lamento dei pazienti e loro familiari per la mancata attenzione riservata all'interno del programma di cura alla dimensione spirituale della sofferenza. Questi programmi clinici deludono pazienti e famiglie, perché si fermano all'evidenza fenomenica di pazienti che possono apparire, e clinicamente sono, depressi e confusi ma trascurando la dimensione esistenziale del dolore lasciano soli i pazienti con ciò che più li fanno soffrire: il dolore di non riuscire a dare senso all'esperienza che stanno vivendo.

Per concludere queste brevi note introduttive voglio ricordare che il prestigioso *Istituto Karolinska* di Stoccolma ha commissionato uno studio sui fattori di efficacia dei programmi riabilitativi per problemi di alcool-dipendenza. In maniera inaspettata dai ricercatori, emerse che per i pazienti l'aver a disposizione un dispositivo che aiutasse la ricerca di risposte al bisogno di trovare senso nella loro vita era il fattore terapeutico ritenuto come il più importante⁸. Questo dato fu giudicato sor-

6. Filiberti A. et al., "Characteristics of terminal cancer patients who committed suicide during a home palliative care programme", *Journal of Pain and Symptom Management*, 2001; 22: 544-553 ma anche vedi *THE LANCET* 354: pp. 1676-1877, 1999.

7. Risberg T., Wist E., *Spiritual healing among Norwegian hospitalized cancer patients and patients religious needs and preferences of pastoral services*, *European J Cancer*, 1996; 32: 274-281; Strang S., Strang P., Ternstedt B., *Existential support in brain tumour patients and their spouses*, *Supp Cancer Care* 2001; 9: pp. 625-653.

8. Citato in Galanter M., *Spirituality and the healthy mind*, Oxford University Press, 2005, p. 179.

prendente soprattutto in una società secolare come quella scandinava, in cui solo il 10% della popolazione ritiene che la religione svolga un ruolo importante nella vita sociale e meno del 5% frequenta una chiesa settimanalmente. Il sofferente guarda oltre, ma il terapeuta non riesce a entrare in relazione con il suo sguardo perché troppo ancorato alla realtà oggettiva e cieco al trascendente (argomenti sui quali tornerò più volte in questo libro).

Valori e spiritualità

Il valore è il principio ideale al quale un individuo o la collettività regolano le scelte del proprio comportamento; ma non sempre il valore che il singolo adotta è condiviso dalla collettività. Questo lavoro ne è un esempio.

Obbiettivo del libro

Il valore è un aspetto centrale dell'esistenza dell'uomo, ma nonostante questa indubbia centralità esso viene trascurato dal mondo che fa della relazione tra persone uno strumento di cura. Il tema centrale di questo piccolo volume è quello di riflettere sulla relazione tra valore e mondo della clinica psicoterapica, sull'importanza dei valori in ambito psicoterapico e sulla inevitabilità della loro presenza in ogni relazione umana quindi anche in quella terapeutica assistenziale.

Faraday, un esempio da non imitare

I valori sono legati all'idea antropologica di uomo che ognuno di noi ha. Punto di partenza di questo lavoro è il riflettere sul fatto che c'è sempre un'idea antropologica di uomo che fa da sfondo alla tecnica psicoterapica utilizzata ed è difficile pensare che l'idea di uomo adottata dal terapeuta non influenzi un lavoro basato sulla relazione. Bacal¹ insigne figura della psicoanalisi relazionale, afferma radicalmente che

1. Bacal H. (2011), *La forza della specificità in psicoterapia*, Bollati Boringhieri, Torino 2013, p. 39.

la persona del terapeuta – e per persona si intende la sua personalità, la sua storia, ma anche e soprattutto i suoi valori – ha un impatto sull'agire clinico così grande da superare l'influenza di qualunque teoria formale adottata dallo stesso terapeuta. Affermazione che non stupisce perché chi si occupa di relazioni, e di queste ne fa uno strumento di assistenza, sa che le risposte alle domande essenziali che ognuno di noi ha nel cuore influenzano radicalmente il suo modo di fare clinica. Le nostre esperienze esistenziali, la nostra storia personale e relazionale assumono un significato rilevante nel modo in cui ognuno di noi pratica una psicoterapia. Due grandi analisti relazionali americani, Storolow e Atwood² hanno sostenuto con grande efficacia che i modelli teorici nella psicoterapia rispecchiano implicitamente l'esperienza personale dei loro autori.

Si racconta che il fisico Faraday, chiudesse sempre in modo scrupoloso a chiave il suo laboratorio quando si recava a pregare nella sua camera e viceversa. L'episodio è stato descritto da Siegfried Wiedenhofer, docente di teologia fondamentale e dogmatica a Francoforte, in un convegno dedicato a creazione ed evoluzione, convegno al quale intervenne anche l'allora Santo Padre Benedetto XVI³. Vivere a lungo in mondi separati, non sembra essere una soluzione efficace né per l'uomo né per il terapeuta, si può essere dei buoni fisici, come Faraday, ma se ti occupi di relazioni e fai delle relazioni uno strumento di cura, mi sembra lecito chiedersi con Polhen⁴, docente emerito di Psicoterapia all'università di Marburg, se puoi essere davvero un terapeuta efficace se non consideri quanto il tuo modo di fare clinica psicologica sia influenzato dalla tua visione del mondo, dai valori che adotti, dal tuo modo di essere persona prima ancora che terapeuta?

Nel mondo delle psicoterapie, la psicoanalisi è forse quella più influenzata dalla persona del terapeuta rispetto alle altre forme di clinica psicologica, che sono più rigidamente e rigorosamente codificate. Ma nonostante ciò, la questione dei valori dell'analista e di come questi

2. Storolow R., Atwood G., *Volti nelle nuvole. Intersoggettività nella teoria della personalità*, Borla, Roma 2001.

3. Wiedenhofer S., *Fede nella creazione e teoria della evoluzione*, in Horn S.O., Wiedenhofer S. (a cura di), *Creazione ed evoluzione*, EDB, Bologna 2007.

4. Pohlen M., *In analisi con Freud*, Bollati Boringhieri, Torino 2009.

possano influenzare la sua pratica clinica è questione che ha ricevuto una scarsa attenzione; i valori e la morale sono stati messi da parte, relegati alla periferia del trattamento psicoanalitico o per lo più visti come manifestazioni problematiche di un Super-io rigido (Bornstein, 1983; Lichtenberg et al., 1992)⁵. Anche Meares⁶, professore emerito di psichiatria dell'università di Sydney, scrive che per quanto i valori siano un aspetto centrale dell'esistenza umana, questi sono stati trascurati nelle teorie tradizionali del funzionamento mentale psicoanalitico.

Note sulla relazione tra antropologia psicoterapia

Da queste prime righe, si comprende che non è possibile che la tecnica psicoterapica possa essere pensata e praticata indipendentemente dalla personalità individuale di ogni terapeuta e quindi dai suoi valori, la tecnica psicoterapica è irriducibilmente soggettiva⁷ (che non vuole dire ovviamente anarchia).

Oggi nel mondo della clinica sono sempre più i teorici che riconoscono l'impossibilità dell'oggettività in ambito psichico e relazionale e trovano nella fisica ricorrendo al principio di indeterminazione di Heisenberg – l'osservatore modifica l'osservato – un'evidenza di quanto la relazione psicoterapica abbia caratteristiche di unicità. Per esempio, la teoria della specificità elaborata dal già ricordato Howard Bacal riconosce che il terapeuta in quanto persona è parte integrante della relazione che instaura con quel particolare paziente⁸. Le modalità con le quali il terapeuta giunge a comprendere, rispondere e relazionarsi a un determinato paziente sono indissolubilmente connesse alla co-

5. Bornstein M., *Value and neutrality in psychoanalysis*, "Psychoanalytic Inquiry", vol. 3, pp. 545-717 (1983). 1983; Lichtenberg J., Lachmann F., Fossaghe J., *Il Sé e i sistemi motivazionali* (1992), Astrolabio, Roma 2000.

6. Meares R., *Intimità e alienazione* (2000), Cortina Editore, Milano 2005.

7. Renik O., *Analytic interaction: conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity*, *Psychoanalytic Quarterly* 62 : pp. 553-571, 1993.

8. La teoria della specificità elaborata da Bacal si riferisce all'unicità del processo diadico, paziente-terapeuta. È una teoria in linea con la proposta del neuroscienziato Gerald Edelman dell'unicità del cervello e della mente umani, entità formate attraverso interazioni tra geni, ambiente. Anche nei gemelli identici la strutture neuronali sono uniche, perché la connettività neuronale non è predeterminata da un codice genetico.

noscenza che il terapeuta ha di se stesso e alla persona che è con quel particolare paziente. Howard Bacal si spinge a dire che nell'interazione con i nostri pazienti noi diamo molto più di noi stessi che delle nostre teorie formali e che l'impatto del terapeuta come persona sul trattamento può superare l'influenza di qualunque teoria formale. Non c'è oggettività nel mondo delle relazioni. Pohlen⁹ afferma che l'attività del terapeuta è indissolubilmente legata alle sue convinzioni culturali, alla scuola di provenienza, al suo status sociale. Ogden¹⁰, noto psicoanalista americano, parla di stile analitico riferendosi al modo con il quale ogni singolo analista applica i principi e le procedure della tecnica analitica. Lo stile, scrive Ogden, è un processo vivente, che prende origine dalla personalità ed esperienza dell'analista stesso in quanto persona, quindi non solo come terapeuta ma anche come padre, amico, coniuge, figlio e così via. Ogni terapeuta ha il suo stile e nel mio stile un'impronta fondamentale la lascia indubbiamente il mio essere e sentirmi cattolico, il mio essere e sentirmi in sintonia con posizioni antropologiche che contemplano l'idea di una mente umana orientata alla ricerca di senso, l'idea dell'esistenza di una dimensione spirituale nell'uomo e di conseguenza la profonda presenza di bisogni religiosi nella persona umana, bisogni che inevitabilmente entrano nella relazione clinica così come in qualsiasi relazione umana.

C'è dunque sempre un'idea di uomo che fa da sfondo alla tecnica utilizzata ed è difficile pensare che un lavoro basato sulla relazione non sia influenzato dall'idea di uomo adottata dal terapeuta e dai valori che danno senso e riferimento alla sua vita. Un esempio, l'uomo cattolico è uomo relazionale come da sempre l'antropologia filosofica sostiene fin dall'epoca dei Padri della chiesa, il riconoscersi in questo uomo potrebbe spingere il terapeuta ad adottare modelli della mente relazionali. Così un analista che vede l'uomo abitato da una dimensione spirituale, che per sua natura genera una tensione verso l'altro, si sentirà "più a casa" guardando all'uomo come relazione e quindi si sentirà più a suo agio adottando una tecnica psicoterapica

9. Pohlen M. (2006), *Il potere d'influenzamento dell'analista e la verità del suo metodo*, Psicoterapia e Scienze Umane 2010; 3 : pp. 345-364.

10. Ogden T., *Riscoprire la psicoanalisi*, CIS Editore, Milano 2009.

che sia derivata, fondata su modelli della mente relazionali. Mi riferisco a una tecnica psicoterapica che pur non escludendo l'analisi del conflitto (metafora archeologica, ovvero rivelare la verità del passato che si cela dietro i sintomi e liberare il paziente dalle distorsioni infantili), sia orientata, all'interno di uno spazio analitico intersoggettivo a generare nuovi mondi (significati, valori) per il paziente. Questo modo di procedere clinico non implica l'esclusione dell'inconscio nella determinazione di un sintomo, di un pattern comportamentale disadattivo, ma con Joseph Lichtenberg¹¹, già presidente dell'International Council for Psychoanalytic Self Psychology, trovo importante valorizzare un approccio che aiuti anche a cogliere e a generare tutto il significato che con un paziente possiamo estrarre da quanto viene prodotto nel campo analitico. Lichtenberg suggerisce l'adozione di un metodo esplorativo che permetta l'espansione del messaggio comunicato dal paziente, sia implicito che esplicito, espansione che aiuti il paziente a elaborare reti di significato che includano eventi della sua vita che aveva escluso dalla consapevolezza e quindi non li aveva fatti entrare in analisi come "oggetti analitici"¹².

Il mistero della sofferenza spirituale

Una mia paziente mi ricordava che "la fede non porta via tutto il dolore". La paziente è in ottima compagnia, Giovanni Paolo II scrive che la fede in Cristo non sopprime la sofferenza. Anzi, se da una parte la spiritualità può portare compensazione al dolore psicologico, dall'altra da questo ne può essere ferita. Il Santo Padre¹³ ricordava nella prolusione a un convegno sulla sofferenza psichica, che la depressione è sempre una prova spirituale e può accompagnarsi a una crisi esistenziale che conduce il sofferente a non percepire più il senso della vita. Lavorare con un'idea antropologica dell'uomo cattolica non vuole dire rinunciare alla complessità della mente umana né il venire meno di un senso

11. Lichtenberg J., *Mestiere e ispirazione*, Cortina, Milano 2008.

12. Bion W. (1962), *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma 1979.

13. Giovanni Paolo II, «Dolentium Hominum», n. 55, anno XX, 2004, pp. 7-8.

di mistero che sempre il dolore porta con sé. Agli occhi del credente il dolore rimane dilemma antropologico, chiunque si occupa di sofferenza psichica, credente o meno, sa quanto sia difficile dare senso a un dolore, ad una umiliazione provata (trauma) e che molte volte ci tocca imparare a convivere con un senso che faticiamo a trovare. La sofferenza rimane mistero e tormentoso enigma per il cuore del cattolico, come ci ricordano tra gli altri, Ramon Lucas, docente di antropologia filosofica alla Gregoriana e Massimo Petrini, docente di teologia pastorale sanitaria al Camillianum¹⁴. La sofferenza nell'uomo rimane un mistero intangibile scriveva Giovanni Paolo II nella *Salvifici Doloris*, n.4. Il mistero per il credente è di casa e lascia aperto uno spazio che permette a qualcosa di grande e profondo di entrare nei nostri cuori, nella nostra mente e nella nostra anima. La sofferenza può spingere una persona al cambiamento con tutte le difficoltà psichiche che questa esigenza di trasformazione porta con sé; cambiamento anche in senso spirituale, una psicoterapia analitica, un'analisi possono essere strade che conducono allo scoprire altri aspetti di sé e nuove forme di incontro con Dio (vedi il caso clinico di Emma).

In relazione alla dimensione spirituale dell'uomo, si va da chi la considera come una forma di delirio costruita ad arte dall'uomo (per esempio Ferro¹⁵ parla dei neuroni di Dio ritenendo Dio una invenzione difensiva dall'angoscia della mente dell'uomo) a chi la ritiene una dimensione essenziale dell'essere uomo, dimensione con la quale l'uomo deve e vuole fare i conti. Per un cattolico la dimensione spirituale non può essere considerata un aspetto periferico della vita mentale e affettiva, in termini psicodinamici ne costituisce una tensione verso l'alto, il soprannaturale, il trascendente. Ma non per tutti è così. Per esempio per Antonino Ferro, le religioni sono deliri collettivi che ci proteggono dal terrore del non senso e della precarietà, ma viene da domandarsi perché cancellare questo sogno all'uomo? Abbiamo bisogno di miti, di fiabe per diventare realisti ed entrare nella logica vivente, mi chiedo come si possa esaltare la funzione onirica e nello stesso tempo negare

14. Lucas Lucas R., *L'uomo spirito incarnato*, Edizioni San Paolo, 2013; Petrini M., *Il lutto*, in corso webinar CEI, *Togliere la pietra! Accompagnare il lutto e la sfida della fede*, 15 maggio 2020.

15. Ferro A., *I tormenti dell'anima*, Cortina Editore, Milano 2010.

il sogno più grande all'umanità. La rimozione collettiva di miti significanti il dolore ha reso il sofferente attore di un dramma incapace di interpretare la parte decisiva della sua stessa vita. Credo che sia appropriato ricordare le parole di Max Frisch, scrittore svizzero ormai morente che a dei giovani medici diceva che i miti possono scacciare l'oscenità che avvolge la morte, non perché i miti spieghino alcunché ma perché rendono il mistero più familiare, tollerabile e pensabile¹⁶, ma sempre mistero rimane. Non è di aiuto negare la spiritualità, la sofferenza, scrive Giovanni Paolo II, sembra appartenere alla trascendenza dell'uomo, quindi a un dominio spirituale, e chiama l'uomo a superare se stesso verso ciò che viene chiamato misterioso (*Salvifici doloris*, n.2).

Come sostiene Marc Galanter, direttore della divisione Alcolismo e Abuso di sostanze del New York University Medical Center, considerando che la spiritualità è dimensione importante nella vita e nella sofferenza di molte persone, questa rilevanza rischia di non essere accolta nell'incontro terapeutico perché si scontra con il fatto che molti operatori della salute mentale non sono preparati a vedere come rilevante nel loro lavoro questa dimensione della mente dell'uomo. Un esempio. Una paziente si suicida e il padre di questa donna viene informato della morte della figlia dallo psichiatra curante. Il padre dice "Questo doveva essere la volontà di Dio". Cerca cioè al suo disperante dolore un conforto nel trascendente. L'altro in modo insensibile e pieno di un'arroganza pseudoscientifica, risponde "È solo un pensiero magico, simile a quello che ha condotto sua figlia al suicidio"¹⁷. Con un'operazione violenta, in nome di una verità assoluta da lui e solo da lui posseduta, quel medico toglie la possibilità di un rifugio psichico al dolore di quel padre. Rifugio che forse avrebbe permesso a quel genitore di trovare un pensiero, un sogno, una speranza che desse senso al gesto suicida della figlia. Non so come sia andata a finire tra quei due (padre e psichiatra), ma mi rimane l'amaro in bocca, l'orrore di quanto ognuno di noi possa essere violento confidando nelle proprie certezze, nelle proprie verità, non più al servizio degli altri ma utili per alimentare il

16. Frisch M., *Gesammelte Werke in zeitlicher Folge*, 1931-1944. Suhrkamp Verlag, Frankfurt, 2002.

17. Gallanter M., *Spirituality and the healthy mind*, p. 150.

nostro narcisismo e senso di onnipotenza. Quello psichiatra ha cancellato la dimensione dinamica della spiritualità e con il suo insensibile commento, ha collocato la dimensione spirituale dell'uomo in una categoria satura, accostata ai confini con la superstizione o già inserita in un ambito psicopatologico.

Evitare possibili confusioni con il clericalismo

Un esempio clamoroso di diserzione nel campo terapeutico è il ricorso alla preghiera come strumento riabilitativo. Alcuni clinici prescrivono ai loro pazienti di pregare. Occorre evitare confusioni, clericalismi come quello descritto dalla ricerca di Marc Galanter e collaboratori¹⁸, i quali intervistando un gruppo di psichiatri cristiani evangelici, scoprirono che questi clinici avevano l'abitudine di prescrivere preghiere come ausili terapeutici. La psicoterapia, in particolare quella psicodinamica, è essenzialmente relazione, incontro tra due persone che occupano nello scenario clinico ruoli ben precisi. La preghiera introdotta nella terapia è un rinunciare, a mio parere, all'ambito psicoterapeutico e quindi costituisce un disertare il ruolo di clinico e la diserzione è abbandono, tradimento del paziente. La preghiera prescritta come terapia è fuga difensiva, un agito che può comunicare l'incapacità del terapeuta di accogliere le identificazioni proiettive del paziente. In un contesto psicoterapico il ricorso alla preghiera mi sembra che si possa configurare come uno spostamento difensivo, una collusione del terapeuta ai problemi del paziente, un suo negarsi come soggetto di aiuto. La preghiera diventa per il paziente una via potenziale per una scelta oggettuale narcisistica, scelta che favorisce visioni onnipotenti di sé (faccio da solo), che in definitiva ha come costo la perdita della vitalità emotiva e la restrizione della vita relazionale affettiva. Non sempre è facile considerando l'unità della persona distinguere la tematica psichica da quella spirituale, tra senso di colpa e senso del peccato, ma non si deve creare confusione tra

18. Galanter M., Larson D., Rubenstone E., *Christian psychiatry: the impact of evangelical belief on clinical practice*, American Journal of Psychiatry 148: pp. 90-95, 1999.

direzione spirituale e colloquio clinico. Il terapeuta deve esplorare le motivazioni conscie e inconscie dell'azione che genera senso di colpa, rimandando a un'assistenza spirituale la richiesta di perdono per un male che il paziente sente di avere commesso. Nel capitolo *Sintomo e peccato* accenno a un caso clinico di una donna che dopo aver abortito ricorre all'aiuto psicoterapico per curare le ferite psichiche che l'atto commesso ha lasciato, ma che prendendo coscienza di quanto è stato commesso prende anche coscienza che per affrontare il senso di colpa che la affligge necessita in un percorso di perdono spirituale, percorso che non appartiene al discorso clinico.

Per concludere: rispettare il mistero

In conclusione di queste note introduttive, voglio solo sottolineare che l'adottare una immagine antropologica dell'uomo che prevede che tra i suoi bisogni vi siano quelli spirituali apre la mente, il cuore dell'analista al gusto del mistero, alla sua esplorazione, all'accompagnare il paziente in quei territori che pur esplorandoli sappiamo che rimarranno con risposte che non saturano il senso del mistero ma che lo lasciano inesorabilmente insaturo, che non riusciremo mai a svelare tutti i segreti reconditi nascosti nella psiche. Sono vicino a chi afferma che in fondo una psicoterapia deve aiutare una persona a liberare la sua creatività, ma non credo che possa mostrargli il suo mistero. Il mistero è mistero e tale rimarrà altrimenti non è più mistero e la coppia terapeuta-paziente dovrà imparare a convivere con esso.

Non sempre siamo in grado di trovare una risposta alle domande che inevitabilmente ci vengono poste dall'essere immersi nella sofferenza, la nostra e quella del paziente, non trovando parole non ci rimane che imparare a convivere con le nostre ferite psichiche. Un paziente può chiedere aiuto perché è depresso, ansioso, spinto cioè da un dolore mentale, ma se rimane in terapia, e questo accade nonostante la sparizione dei sintomi, è perché lì sente che vi è un luogo (l'analisi) dove si può cercare di capire quale persona si vuole essere e di conseguenza come vivere. Si dice che i nuovi pazienti non chiedano più il perché del loro stare male, non vanno alla ricerca di cause ma di identità; chiedo-

no alla terapia di aiutarli a capire chi sono¹⁹, ma forse mi viene da dire che è sempre stato così. La relazione analitica può essere laboratorio privilegiato per sperimentare nuove possibilità di soggettività, scrive Eyal Rozmarin, psicoanalista del New York University Postdoctoral Program in Psychotherapy and Psychoanalysis²⁰. Ma non sempre accade così. Nel commentare l'analisi che Blum fece con Freud, Polhen²¹ scrive che Blum in quell'analisi sceglie una sorta di morte spirituale, esaurisce lo spirito critico che gli deriva dalle sue radici ebraiche e opta per una vita lussuosa finendo per vivere la vita di un borghese svizzero dalla mentalità convenzionale. Al termine della vita, il dottor Blum parlò della sua scelta di vita con profonda disperazione e senso di colpa.

Il libro

I primi tre capitoli affrontano tematiche di natura antropologica; l'oggetto di questi primi lavori è il dialogo tra psicopatologia, psicoterapia e antropologia. Il primo capitolo, in precedenza pubblicato su Forum, Supplement to Acta Philosophica, ha come oggetto la relazione tra senso di colpa e senso del peccato, affronta la relazione tra male commesso e sofferenza psichica. È un capitolo che permette al lettore, come queste note introduttive, di capire che aria respirerà nel leggere questo piccolo volume. Nel secondo *La complessità del dolore nel paziente grave: dinamiche psicologiche e spirituali* ci soffermeremo ad ascoltare ciò che ci giunge da coloro si trovano in condizioni cliniche complesse se non disperate. La sintesi di questo capitolo potrebbe essere: considerando che nell'uomo esiste una tensione fondamentale verso la scoperta di senso della vita, verso l'assoluto, verso Dio, rifiutando di conoscere Dio quale suo principio, l'uomo infrange il debito ordine in rapporto al suo fine ultimo e l'armonia in rapporto a se stesso, agli altri uomini e a tutta la creazione. Così l'uomo si trova diviso in se stesso (*Gaudium et Spes*, n.13) e la lezione antropologica è sintonica con quella psicopatologica

19. Pellizari G., *Opus incertum*, Mimesis, Milano 2020, p. 127.

20. Rozmarin E., *To be is to betray: on the place of collective history and freedom in psychoanalysis*, Psychoanalytic Dialogue 21: pp. 320-345, 2011.

21. Pohlen M., *In analisi con Freud*, Bollati Boringhieri, Torino 2009.

che ci insegna che quando l'uomo si trova in uno stato di divisione di sé si trova in uno stato di grave sofferenza psichica. Nel terzo capitolo *Aspetti filosofici e psicologici della relazione trauma-valori* affronto la questione del valore da un punto di vista filosofico e di psicologia di età evolutiva. Il quarto capitolo antropologico, in origine pubblicato in *Psicogeriatrica*, contiene uno studio sulle difficoltà relazionali dell'assistere una persona che soffre di demenza e sul mantenimento della dignità umana di chi ha perso capacità cognitive. È un capitolo affronta le difficoltà di assistere persone con gravi deficit cognitivi che sono ospiti di residenze per anziani.

Seguono quattro capitoli clinici, i primi due contengono esemplificazioni di come il pensare da parte del terapeuta a tematiche spirituali abbia favorito creatività e libertà di pensiero nel percorso psicoterapico con pazienti che soffrivano di una grave forma depressiva. Il terzo capitolo clinico racconta di incontri clinici con pazienti gravissimi da un punto di vista fisico, persone che sono prossime alla fine della vita. È un capitolo che completa quello antropologico sulla complessità del dolore di chi soffre di una grave patologia organica. L'ultimo capitolo racconta della possibilità di realizzare percorsi psicoterapici dinamici con pazienti anziani, è un completamento clinico del quarto capitolo antropologico e di quanto impostare un programma di cure che valorizza la relazione sia di grande utilità e speranza in ambito psicogeriatrico.