

PSICOANALISTI NELL'EMERGENZA

Daniele Biondo

Abstract: L'autore, forte della propria esperienza nel campo dell'emergenza, chiarisce l'ambito d'azione del *servizio di ascolto psicoanalitico telefonico* differenziandolo da quello dell'intervento degli psicologi dell'emergenza e dal trattamento da remoto che molti psicoanalisti stanno realizzando con i loro pazienti. L'autore con un'efficace metafora atletica - dopo aver paragonato il campo dell'intervento dello psicologo dell'emergenza alla pista dei velocisti e il campo consueto in cui opera normalmente lo psicoanalista al lungo percorso del maratoneta - invita gli psicoanalisti del servizio di consultazione telefonica a settarsi sul "mezzofondo veloce" (quello degli 800 metri in pista). Al fine di chiarire il setting specifico della consultazione telefonica, l'autore ricorre ai concetti bioniani di *contenitore* e di *contenuto*, chiarendo che lo psicoanalista nella maggioranza dei casi potrà contare sulla capacità di tenuta dell'lo dell'interlocutore: persone (non "pazienti") la cui angoscia è relativa all'emergenza in corso. Il fatto di avere un tempo limitato d'incontri telefonici e di avere a che fare con persone solitamente funzionanti richiama l'opportunità di promuovere fin da subito all'interno della relazione la separazione dalla stessa, evitando di attivare transfert troppo intensi, aspettative che non si è in grado di soddisfare perché necessitano di un tempo lungo, ecc. In qualche modo il *medium telefonico* può rappresenta sia un ostacolo alla relazione che una risorsa. Dopo aver descritto i rischi (facendo riferimento alle raccomandazioni dell'IPA), l'autore valorizza gli aspetti positivi del servizio telefonico: ad esempio permette di valutare meglio, attraverso il tono della voce e il contenuto, lo stato emotivo del paziente e attenua sia nello psicoanalista che nel suo interlocutore l'angoscia di contatto, nonché di riflesso quella di separazione. L'autore traccia i diversi passaggi essenziali che dovrebbero caratterizzare le consultazioni telefoniche, facendo riferimento ai classici strumenti del metodo psicoanalitico necessari per fronteggiare il trauma e le specifiche emozioni connesse. Infine il lavoro ricorda il valore di alcuni strumenti psicoanalitici (controtransfert, empatia) per fronteggiare, seppur "in differita", situazioni estreme, che permettono allo psicoanalista di *stare con il dolore in emergenza*.

PREMESSA

Ho voluto intitolare questo mio contributo Psicoanalisti “nell’”emergenza e non “dell’”emergenza, per meglio presentare il contributo specifico che alcuni psicoanalisi stanno offrendo per fronteggiare l’emergenza in corso. E’ importante precisare questa fondamentale differenza. Gli psicoanalisti si sono mobilitati per affrontare l’emergenza CODIV-19 utilizzando i loro strumenti culturali e clinici. Strumenti che non appartengono al campo dell’emergenza, ma che, seppur in maniera diversa, possono essere in grado di rispondere alle richieste della società italiana in sofferenza.

Fin dalle sue origini il movimento psicoanalitico è stato sensibile al disagio e alle emergenze del suo tempo. Ciò ha comportato in più momenti storici emergenziali non solo una modificazione delle condizioni del lavoro degli psicoanalisti, ma anche la necessità di aprirsi a nuovi paradigmi d’intervento. Ci è utile l’esperienza dei colleghi argentini, non a caso ricordata da Anna Nicolò nella sua *Comunicazione urgente dell’8 marzo*, che hanno sottolineato, a proposito dei traumi che la loro società ha vissuto, l’importanza di riconoscere la sofferenza che eventi esterni possono produrre. Lo stesso Freud, dopo i dolori e i lutti della prima guerra mondiale che lo coinvolsero anche personalmente, avviò una profonda riflessione sulla propria metapsicologia, trasformandola radicalmente, fino a teorizzare sia Thanatos in antitesi ad Eros che la seconda topica complementare alla prima.

La Società Psicoanalitica Italiana, coerentemente con la propria tradizione, si è messa in moto per offrire i propri servizi, attraverso consultazioni telefoniche gratuite, a chi ne ha bisogno, pensando soprattutto a tutti i colleghi che lavorano in prima linea nell’organizzazione sanitaria, ma anche a tutti i cittadini che necessitano di una consultazione esperta e di un ascolto empatico del loro dolore e della loro angoscia. E’, a mio avviso, importante riflettere sulle coordinate in cui far muovere questo servizio, tracciate chiaramente dal Presidente della SPI, Anna Nicolò, nella sua lettera ai psicoanalisti volontari del servizio, al fine di raggiungere, realizzato tale confronto collettivo, una sufficiente coerenza nell’intervento. Per riprendere la metafora dell’atletica leggera, penso che dovremmo riuscire a settarci sul “mezzofondo veloce” (per intenderci quello degli 800 metri in pista), calibrando conseguentemente le nostre risorse.

NON E' UN SERVIZIO D'EMERGENZA

La SPI ha specificato subito in tutte le sue comunicazioni pubbliche che *non si tratta di un servizio d'emergenza*. Da psicologo dell'emergenza (da decenni collaboro con la protezione civile italiana all'interno di un'associazione di volontariato) ho molto apprezzato tale indicazione, che sgombra il campo dal rischio di confusione. Per l'intervento *in* emergenza sono necessarie tecniche specifiche dal punto di vista organizzativo e dal punto di vista tecnico. Dal punto di vista organizzativo in un servizio efficace dell'emergenza (cioè non improvvisato) occorre disporre, ad esempio, di un centralino capace di rispondere in tempi reali alla richiesta del cittadino, della turnazione di professionisti pronti a rispondere al telefono per molte ore al giorno, di procedure di attivazione all'interno della rete dell'emergenza, sia del soccorso sanitario che di quella prevista dalla protezione civile italiana e di un'organizzazione interna specifica per fronteggiare l'emergenza che prevede una relazione continua fra operatore *front line* e coordinamento *back*, ecc.. Dal punto di vista tecnico occorre avere operatori specificatamente addestrati che hanno sviluppato la capacità di realizzare il *triage* psicologico, la capacità di contenere (attraverso specifiche tecniche) l'ansia e l'angoscia quando essa è fuori del controllo da parte della persona, la capacità di rispondere in maniera efficace alla richiesta del cittadino senza sostituirsi ai servizi pubblici socio-sanitari (sia psichiatrici che dell'assistenza sociale) ed in grado, invece, di rimandare alla rete dei servizi del soccorso sanitario, psicosociale e della protezione civile, disponendo della sua mappatura aggiornata. E' anche indispensabile avere la capacità di realizzare un'analisi veloce della domanda e di utilizzare tecniche psicologiche multiple di gestione dell'angoscia acuta e del panico, la capacità di stare con la rabbia e il dolore dell'altro nel momento in cui stanno esplodendo, l'utilizzazione di tecniche di *defusing* e *debriefing* per difendersi dall'inevitabile traumatizzazione secondaria del soccorritore, ecc.. Sono *skills*, quelle appena sommariamente descritte, che le associazioni di psicologi dell'emergenza hanno a lungo addestrato sul campo: cioè in specifici percorsi formativi, coniugati ad interventi *nelle* diverse emergenza.

Ben altro è il servizio che offre lo psicoanalista che, all'interno di quest'emergenza, si è messo a disposizione gratuitamente dei cittadini. Per usare una metafora, a me cara da ex agonista nel campo dell'atletica leggera, direi che il campo dell'intervento dello psicologo dell'emergenza è paragonabile alla pista dei velocisti, mentre il campo consueto in cui opera lo psicoanalista è paragonabile al lungo percorso del maratoneta.

NON E' UN SERVIZIO DI TRATTAMENTO

Quello che gli psicoanalisti volontari stanno realizzando all'interno del servizio di consultazione psicoanalitica telefonica non è neanche *un servizio da remoto di "trattamento"*, paragonabile a quello che stiamo offrendo a tutti i nostri pazienti. La stragrande maggioranza di noi sta attualmente fronteggiando l'emergenza offrendo ai pazienti l'opportunità di proseguire le sedute a distanza, su Skype o per telefono, dando così continuità al lavoro di contenimento e di elaborazione psichica promosso dall'analisi, consapevoli dei limiti che tutto ciò comporta, ma anche grati della preziosa opportunità che la tecnologia oggi offre per garantire la continuità del trattamento. Ma appunto si tratta di un trattamento analitico, seppur con le inevitabili difficoltà e "variazioni" o di "necessario accomodamento" (come proposto da Irene Ruggero nel suo contributo su spiweb), i cui effetti insieme valuteremo (su cui è stata già avviata una riflessione e un dibattito sul nostro sito; cfr. spiweb sezioni *dibattiti* nonché su quello dell'IPA).

E' UN SERVIZIO DI CONSULTAZIONE TELEFONICA PSICOANALITICA "IN DIFFERITA"

Come sempre quando si tratta di creare il nuovo è facile indicare cosa esso *non è*, ma molto più complicato dire *cos'è o cosa sarà*. Di certo non possiamo nasconderci i rischi del cambiamento di setting, particolarmente enfatizzato dal realizzare un intervento breve e per telefono. L'IPA ci ha messo in guardia da tali rischi¹ sottolineando l'impatto che un differente setting con una: "diversa impostazione - a volte più 'fragile' - potrebbe avere sulla funzione contenitiva e interpretativa degli analisti meno esperti che si trovano ad affrontare situazioni per le quali hanno avuto poca o nessuna formazione o discussioni cliniche" (Raccomandazione IPA n.5).

Consapevole di tali rischi e difficoltà mi avventuro ad esplorare la situazione in cui ci stiamo sperimentando come comunità psicoanalitica, contando sulla possibilità di condividere, con i colleghi che stanno vivendo questa nuova esperienza, pensieri e orientamenti, fino a mettere tutti insieme meglio a fuoco le caratteristiche di questo nuovo servizio. Per riprendere la metafora dell'atletica leggera, penso che dovremmo riuscire a settarci sul "mezzofondo veloce" (per intenderci quello degli 800 metri in pista), calibrando conseguentemente le nostre risorse.

Per presentare le caratteristiche del servizio offerto dalla SPI, che ovviamente si declinerà secondo le variabili personali di ogni psicoanalista volontario, può essere utile avviare fra di noi una riflessione sulle "costanti" che possono essere rintracciate nell'organizzazione e gestione di tale servizio. Per rintracciare tali costanti possiamo bionicamente riferirci ai concetti di *contenitore* e di *contenuto*.

¹ PRACTICE NOTE: ON THE USE OF TELEPHONE AND/OR VOIP TECHNOLOGIES IN ANALYSIS

In questo caso il primo è caratterizzato dal fatto che il professionista risponde all'urgenza della richiesta *non subito* (come nell'emergenza), ma *al più presto* richiamando al telefono il richiedente appena gli sarà possibile e comunque entro le 24 ore dal momento in cui la richiesta è stata ricevuta o registrata in segreteria telefonica. Ciò presuppone un'utenza di questo servizio diversa da quella di un servizio dell'emergenza: cioè persone capaci e/o in grado di "aspettare" e di pensare. Possiamo ipotizzare che riferirsi ad una persona che dispone di un contenitore psichico attivo e funzionante rappresenti un'importante differenza rispetto a chi ha la necessità di parlare subito con qualcuno a causa della propria emergenza incontenibile. Quest'ultimo, probabilmente, sta vivendo una specifica situazione interna: un probabile crollo dell'io, cioè del suo funzionamento più razionale ed evoluto, che lo rende bisognoso di una sorta di "io ausiliario" che lo aiuti a recuperare velocemente il controllo di se stesso e di riconquistare la capacità di regolare le proprie emozioni e i propri impulsi. Lo psicoanalista, al contrario, ha necessità di poter contare sulla collaborazione, da parte del paziente, della sua parte matura capace di riflettere e pensare, per poter fornire il proprio contributo.

E' UN SERVIZIO CHE NON SI RIVOLGE A DEI "PAZIENTI" MA A DELLE PERSONE BISOGNOSE A CAUSA DELL'EMERGENZA

Probabilmente, sempre a proposito del *contenitore*, può essere utile rammentare che il servizio di ascolto psicoanalitico più che essere utilizzato da "pazienti" sarà utilizzato da persone la cui angoscia è relativa all'emergenza in corso, persone che in altre condizioni molto probabilmente non si sarebbero rivolti ad uno psicoanalista, persone solitamente capaci di fronteggiare le proprie angosce. Certo possiamo sempre ipotizzare che in alcuni casi (e le prime esperienze che stiamo realizzando sembrano confermarlo) l'emergenza possa aver slantentizzato alcune problematiche non risolte delle persone che accedono al servizio, oppure amplificato disagi già precedentemente presenti. D'altro canto in ognuno di noi sono presenti tali aree e poiché non tutti reagiamo nello stesso modo agli stessi eventi esterni possiamo immaginare che in alcuni casi l'emergenza faccia da detonatore o amplificatore. Ma anche in questi casi non è, a mio avviso, corretto pensare ai fruitori del servizio di ascolto come "pazienti", bensì a persone che hanno bisogno di un sostegno per una fase di difficoltà attivata dall'emergenza; persone che superata l'emergenza, anche grazie al sostegno ricevuto, molto probabilmente recupereranno un loro equilibrio e non decideranno di avviare un'analisi personale. Persone, dunque, che hanno bisogno per un "limitato" tempo dell'ascolto psicoanalitico che noi saremo in grado di garantire e capaci di utilizzare un aiuto veloce per recuperare il loro equilibrio psichico. Potrebbe anche configurarsi, in alcuni casi, la necessità di dover proseguire con un trattamento, ma non possiamo darlo per certo e comunque non può rientrare fra le finalità dell'intervento di consultazione che il servizio ha attivato. In

questo caso è utile la distinzione fra l'emergenza (da zero a tre mesi dall'evento) e la post-emergenza (dai tre mesi in poi fino al recupero della piena "normalità", che in questo caso possiamo ipotizzare aver a che fare con qualche anno di tempo, semmai sarà pienamente recuperabile). Solo in questa seconda fase possiamo ipotizzare, e solo per i casi in cui potrebbe risultare necessario, di trasformare in un trattamento più lungo la consultazione telefonica e non è opportuno che lo faccia lo stesso analista. Mi sembra importante ricordare (anche per fugare ogni dubbio) che ciò esula dall'intervento previsto dal servizio di consultazione che stiamo attivando per l'emergenza e che un'eventuale trattamento sarà realizzato da un altro collega, diverso da chi ha realizzato la consultazione telefonica. Sempre a proposito del *contenitore*, l'IPA nelle sue *Raccomandazioni* (precisamente la n.8) mette in guardia su un altro aspetto inerente i problemi riguardanti "la sicurezza, la protezione della privacy e la riservatezza su tutte le forme di telecomunicazioni, inclusi telefoni fissi e mobili, applicazioni VoIP, e-mail e qualsiasi altra applicazione che utilizza Internet. Questi problemi devono essere considerati e gli analisti / pazienti / supervisor devono rendersene conto prima di iniziare il trattamento. Gli analisti devono accertarsi che la tecnologia che stanno utilizzando sia sicura e protegga la riservatezza del paziente."

IL SETTING DELL'ASCOLTO TELEFONICO IN UNA CONSULTAZIONE PSICOANALITICA

Così come cambia il *contenitore*, così ovviamente cambiano i *contenuti* da fronteggiare. L'esperienza che stiamo cominciando a maturare indica che la consultazione molto spesso è centrata prevalentemente sull'*hic et nunc*. Essa potrà anche andare a recuperare alcuni aspetti della storia della persona che ci interpella (per comprendere ciò che le rende ingestibile l'emergenza), ma occorre riportarla alle difficoltà attuali dell'interlocutore e focalizzarsi sul presente e sulle risorse che egli può attivare per superare la difficoltà che ha motivato la consultazione.

Come si può dedurre, il lavoro di individuare alcune tematiche costanti di tale intervento, lavoro ancora solo abbozzabile visto che ci troviamo solo all'inizio di quest'esperienza, permette di tracciare alcune prime indicazioni per realizzarlo. Possiamo ipotizzare che avremo a che fare con un nuovo "setting", uno *specifico setting dell'ascolto telefonico in una consultazione psicoanalitica breve*, che in alcuni casi può anche concretizzarsi in un colloquio unico, e che comunque non potrà essere prolungata oltre le tre-quattro telefonate. Il telefono comporta la capacità dell'analista di resettarsi sull'ascolto della parola, in assenza dell'immagine dell'altro, del suo corpo e di tutti gli aspetti non verbali della comunicazione (postura, sguardi, clima emotivo dato dalla vicinanza fisica). Però occorre considerare che l'ascolto telefonico permette di valutare meglio, attraverso il tono della voce e il contenuto, lo stato emotivo del paziente. Una valutazione più faticosa perché esige maggiore attenzione e concentrazione su questi due unici canali, in

assenza di tutti gli altri che completano solitamente la valutazione del paziente. E' facile il rischio di errore nella valutazione del problema e occorre di conseguenza molta prudenza prima di orientarsi verso un intervento, che comunque deve essere tempestivo, ma nello stesso tempo deve muoversi con tatto. Si tratta, dunque, di realizzare una particolare ginnastica, decisamente molto faticosa, inerente la capacità di focalizzare velocemente il problema e mantenere la relazione dentro un arco temporale limitato. Ciò richiama l'opportunità di promuovere all'interno della relazione la separazione dalla stessa evitando (lo so che è ovvio per tutti noi, ma mi sembra utile ricordarlo soprattutto a me stesso) di attivare transfert troppo intensi, aspettative che non siamo in grado di soddisfare perché necessitano di un tempo lungo, ecc. In qualche modo il *medium telefonico* da questo punto di vista può esserci di aiuto. Ritorniamo così al riflettere sullo specifico *contenitore*. Certamente la gestione della presenza dell'altro e della separazione si modifica rispetto al classico setting psicoanalitico "dal vivo". Il nostro interlocutore "da remoto" può "entrarci dentro" senza alcun rito d'ingresso (ad esempio mancare all'orario concordato per richiamarci quando lui è libero) e così può uscire fuori dalla relazione premendo un tasto (per un'emergenza, perché interrotto da qualcosa o da qualcuno). Non c'è più né il tempo dell'attesa prima dell'incontro, né il tempo della riflessione post-seduta che normalmente è presente quando ci si vede di persona. D'altro canto il fatto di sentire il nostro interlocutore per la prima volta al telefono, senza averlo mai incontrato di persona, oltre a rendere tutto più complicato e richiedere una nostra grande flessibilità (la ginnastica di cui parlavo prima) attenua sia in noi che in lui l'angoscia di contatto, nonché di riflesso quella di separazione e forse per tali motivi rende meno indispensabili quei riti d'ingresso e di saluto a cui siamo solitamente abituati, per sostituirli con dei nuovi: ad esempio banalmente penso che l'avvio della telefonata potrebbe essere dedicata ad una veloce reciproca presentazione e conoscenza, per poi passare – una volta affrontato il nocciolo della questione che ha motivato la richiesta di consultazione – ad attivare l'ascolto empatico delle emozioni prevalenti nel nostro interlocutore. Occorre, utilizzando i nostri classici strumenti (valutazione della nostra reazione emotiva alle parole dell'interlocutore) realizzare in seguito una veloce valutazione delle risorse in campo e attivare il pensiero e le capacità di riflessione dell'interlocutore, sostenendolo nella ricerca di una soluzione accettabile e percorribile. A quel punto, probabilmente, potremo procedere a preparare la conclusione della telefonata, valutando l'opportunità di offrire ulteriori colloqui o meno. Occorre a mio avviso anche considerare che l'uso del *medium* può facilitare per la persona il movimento di avvicinamento alle proprie angosce. Infatti, in alcuni casi, il fatto di poter contare sul *medium telefonico* per relazionarsi con un professionista dell'aiuto e non "dover" fare una relazione "di persona", può facilitare la relazione stessa, poiché la distanza e il dispositivo tecnologico (cellulare) permettono all'individuo di coltivare l'illusione di poter controllare meglio la relazione e regolarla come meglio crede (appunto con

un semplice click). Possiamo nuovamente interrogarci su come il *contenitore* influenzi il *contenuto*. Ad esempio la distanza fisica e il non vedersi potrebbe rendere paradossalmente la comunicazione più emotiva.

FRONTEGGIARE IL TRAUMA E L'IMPOTENZA CON L'EMPATIA

Già l'emergenza ha come sua specifica caratteristica quella di mettere in primo piano la gestione delle emozioni. Ed il nostro essere psicoanalisti *nell'emergenza* inevitabilmente ci confronterà, seppur "in differita" e non nel loro momento più esplosivo, con i sentimenti e le emozioni scatenate dall'emergenza. Un concetto per noi psicoanalisti familiare può soccorrerci a tal proposito: mi riferisco al *concetto di trauma*. Ciò che è più traumatico, come indica Freud, è l'esperienza dell'impotenza promossa dall'emergenza (in questo caso sia in noi che nel nostro interlocutore telefonico). Freud a tal proposito afferma che: "l'essenza del significato" della situazione traumatica consiste nella "valutazione delle nostre forze... e nell'ammissione della nostra impotenza di fronte ad essa: impotenza materiale quando si tratta di un pericolo reale, impotenza psichica quando si tratta di un pericolo pulsionale" (Freud, 1926, p. 311)². E', dunque, *l'esperienza soggettiva d'impotenza (erlebte Situation: Situazione vissuta e condivisa fra noi e l'interlocutore, considerato che stiamo vivendo la stessa emergenza reale, seppur con le inevitabili differenze soggettive)* a determinare che una situazione sia traumatica in quanto distinta da una situazione di pericolo. Esperienza che sembra orientare le persone, soprattutto quelle massicciamente traumatizzate dall'emergenza (per la perdita, ad esempio, di persone care, o per dover assistere inerti alla morte di tanti pazienti e a volte di colleghi per il personale sanitario), verso un *modello di resa*, come indicato da Krystal³ (uno psicoanalista che ha fatto l'esperienza del lager e che ha dedicato tutta la sua vita alla cura delle persone traumatizzate). Ciò richiede di focalizzare il nostro ascolto psicoanalitico al telefono nella direzione di un modello antitetico alla resa, resiliente, capace di contrastarla. Ad esempio l'ascolto delle emozioni attivate, sia in noi che nell'interlocutore, dall'emergenza e dall'esperienza traumatica connessa, potrebbe permetterci di empatizzare con essa, attivando così le nostre risorse interne connesse al metodo psicoanalitico. L'empatia comporta la capacità dell'analista di realizzare un'intima risonanza con il dolore dell'interlocutore, di raggiungere la sua intrinseca sofferenza, di connettersi con ciò che la persona fa del suo dolore, come lo vive, come lo rende intellegibile a se stessa. La vera empatia, afferma Bolognini: "è una condizione di contatto conscio e preconsciouso caratterizzata da separatezza, complessità e articolazione; uno spettro percettivo ampio in cui sono comprese tutte le tonalità di colore emotivo, dalle più chiare alle più scure, e soprattutto un

² FREUD, 1926, *Inibizione, sintomo e angoscia*, vol X.

³ KRISTAL H., 1988/1993. *Affetto, trauma, alessitimia*. Roma: Magi Edizioni, 2007.

progressivo, condiviso e profondo contatto con la complementarità oggettuale, con l'io difensivo e con le parti scisse dell'altro, non meno che con la sua soggettività ego sintonica" (Bolognini, 2002, pp. 136-137)⁴. Possiamo riflettere su quali saranno le diverse *tonalità di colore emotivo* con cui saremo probabilmente confrontati e chiamati ad empatizzare in quest'emergenza. Riflessione inevitabilmente limitata dalla consapevolezza della limitatezza di tale esercizio, considerato che le reazioni emotive saranno innumerevoli e difficilmente elencabili nella loro interezza; consapevoli, anche, che tali emozioni saranno da noi lette e percepite a secondo del nostro stesso stato mentale. Però può essere utile, per allenare la capacità di pensare il nostro intervento telefonico e attrezzarci di conseguenza ad affrontarlo nel miglior modo possibile, provare ad individuare almeno alcuni grandi insiemi delle emozioni che saremo chiamati ad accogliere.

LE EMOZIONI DELL'EMERGENZA

Una delle principali caratteristiche dell'emergenza in corso è che richiede /obbliga ad allontanarsi dalle persone, costringendoci a rinunciare alla preziosa e fondamentale vicinanza fisica dell'altro. Un allontanamento dai familiari e dalle persone a cui si fa maggior riferimento in caso di necessità, che in alcuni casi può generare angoscia (ad esempio nel caso di genitori che vivono lontano dai figli, di genitori anziani che non possono essere facilmente raggiunti, di genitori ricoverati, di partner lontani perché non conviventi, ecc.). Possiamo immaginare che chi ha angosce di separazione, ad esempio a causa del legame tipo fusionale o simbiotico con i genitori (o, viceversa di genitori con i figli), può più facilmente ricorrere a noi per tali motivi. Angosce da "trattare", dal punto di vista psicoanalitico, per evitare comportamenti inadeguati di vicinanza "forzata" verso i parenti o gli amici. Gli psicoanalisti dovranno molto probabilmente fronteggiare un alto numero di chiamate per i disturbi d'ansia. Sarà importante ricordare ai nostri interlocutori che chiedere aiuto non è un segnale di debolezza, ma di coraggio e consapevolezza. Rinforzare la loro capacità di chiedere aiuto crea una prima alleanza per fronteggiare il momento di crisi ricorrendo al supporto dell'altro per comprendere e trasformare le inevitabili paure e incertezze di questo periodo, a livello personale e comunitario. Penso che ciò sia utile ricordarlo anche a noi stessi. Poter contare sul proprio gruppo di lavoro, specificatamente attivato fra i colleghi volontari che stanno affrontando l'emergenza per confrontarsi sulle esperienze realizzate, rappresenta la principale risorsa a cui attingere per mantenere la nostra salute mentale e per riuscire a digerire l'inevitabile stress, il dolore e l'angoscia, connessi a questo specifico impegno.

⁴BOLOGNINI, S. (2002). *L'empatia psicoanalitica*, Bollati Boringhieri, Torino .

Inoltre, la situazione specifica di quest'emergenza rischia di far sentire le persone "apestate" e tutti gli altri intorno come possibili "nemici". Possiamo immaginare che chi ha angosce paranoiche a causa del legame ambivalente con il mondo e con l'Altro può più facilmente ricorrere a noi per tali motivi. In questo caso, infatti, non è la natura (ambiente) che ha giocato uno scherzo all'individuo (con effetti drammatici e traumatici), ma un contagio proveniente da un essere vivente come noi (anche se inconsapevolmente). Angosce da "trattare" dal punto di vista psicoanalitico per evitare comportamenti di intolleranza e persecutorietà verso l'Altro. Quella che stiamo vivendo è un'emergenza che non è collocata in un luogo specifico da cui basterebbe allontanarsi, ma è presente ovunque, scatena la paura di non riuscire a trovare una soluzione di salvezza, e così scatta l'angoscia panica con tutte le sue conseguenze. Possiamo immaginare che chi ha tendenze fobiche può più facilmente ricorrere a noi per tali motivi e sviluppare tutta una serie di comportamenti evitanti (luoghi affollati), in questo caso da appoggiare da punto di vista comportamentale (visto che coerenti con le norme di prevenzione), ma da "trattare" dal punto di vista psicoanalitico per evitare esasperazioni che possono esitare in veri e propri attacchi di panico o d'intolleranza. Anche questo tipo di angosce ci riguardano da vicino, come ricorda Bolognini nell'intervista rilasciata a Bollorino⁵ e comportano per i curanti il compito di: "farsi carico del contenimento e della condivisione di turbamenti pesantissimi che sono veramente simmetrici a quelli dei pazienti, e che sono reali."

STARE CON IL DOLORE NELL'EMERGENZA

Infine, penso che dovremo, nostro malgrado, affrontare seppur "in differita" situazioni d'emergenza estreme dovute al dolore di chi ha perso persone care e non le ha potute salutare (congelando o rendendo molto difficoltosa l'elaborazione del lutto), alla rabbia di quei sanitari che vengono mandati in guerra "con le scarpe di cartone", al terrore di essere contagiati, alla vergogna di chi è contagiato e si vive come un appestato più a causa dello stigma sociale che per il virus, all'angoscia di chi deve affrontare da solo difficoltà finanziarie pesanti o di chi deve fronteggiare sintomi somatoformi senza poter contare sul rassicurante rapporto dal vivo con il proprio medico, e così via. Anche in questo caso non ci sono "indicazioni" confortanti da seguire per affrontare il dolore dell'altro, ma non possiamo fare altro che sintonizzarci con il dolore estremo che l'emergenza attiva, prima di tutto in chi lo vive come vittima, ma anche con il nostro, che in qualità di "esperti" ce ne prendiamo cura. Darci "un

⁵ *Psychiatry on line Italia* del 20 marzo, 2020

tempo per il dolore” (Cancrini 2002)⁶ può aiutarci a non doverci troppo difendere dal dolore dell’altro. E’ umano farlo, ma per coloro che scelgono di *stare con il dolore in emergenza*⁷ è utile ricordare che esso velocemente ci può saturare, paralizzare, ferire, maniacalizzare nel tentativo di non sentirlo, spingerci a volte a rifugiarci nell’azione che allevia il duro compito di *soffrire il dolore*. Come afferma Bion: “Alcuni pazienti sperimentano il dolore ma non lo soffrono” (Bion 1970)⁸. Spesso lo psicoanalista si trova a soffrire il dolore congelato della vittima, come se lo soffrisse per suo conto. E’ questo un percorso mentale ed emotivo non automatico e semplice. Infatti, anche l’analista deve superare una serie di difese, quali il rifiuto del dolore estremo dell’altro, la banalizzazione, la rassicurazione, simmetriche a quelle della vittima e inerenti soprattutto alla diffidenza che qualcuno possa comprendere il suo dolore. Sono elementi collegati a momenti di grave imbarazzo nel rapporto con il paziente, di scacco, d’impasse e d’insoddisfazione con se stessi nella propria capacità di aiutare, che producono un’intensa sofferenza nello psicoterapeuta. Un gruppo di psicoanalisti ha realizzato su tale tema una ricerca teorico clinica che il lettore interessato può ritrovare in *Il dolore dell’analista* (Astrolabio)⁹. Il *traumatismo psichico* (Lebigot 2006)¹⁰ può essere considerato il risultato di un’invasione dello spazio mentale attraverso il “reale” della morte e dell’esperienza profonda del “nulla” che diventa angoscia di annullamento, sentimento doloroso di de-umanizzazione (Gentile, Diana 2017)¹¹. La catastrofe della mente ha forse a che fare proprio con questi sentimenti di dolore e frammentazione che rappresentano come delle *rovine post-traumatiche* (Gentile, Diana 2017) che rischiano di seppellire il funzionamento psichico di chi è confrontato con il dolore estremo dell’altro. Da tali rischi traumatici che attaccano il funzionamento mentale tanto della vittima che dello psicoanalista non è facile ed immediato proteggersi. Occorre un certo allenamento. La potenza della parola, il linguaggio, può soccorrere lo psicoanalista, ma anche la capacità di stare con il dolore dell’altro, magari in silenzio, ma con una *rappresentazione interna* che ci guida e che si forma grazie all’allenamento al rapporto con se stessi e con le teorie di riferimento.

⁶ CANCRINI, T. (2002). *Un tempo per il dolore*, Bollat Boringhieri, Torino.

⁷ DI IORIO R., GIANNINI A.M. (2018). *Stare con il dolore in emergenza*. FrancoAngeli.

⁸ BION W.R. (1970). *Attenzione ed interpretazione*, Armando, Roma 1973.

⁹ LUPINACCI M. A., BIONDO D., ACCETTI L., GALEOTA M., LUCATTINI A. (2015). *Il dolore dell’analista*. Roma: Astrolabio.

¹⁰ LEBIGOT, F. (2006), *Le traumatisme psychique*. Bruxelles, Ministère de la Communauté française.

¹¹ GENTILE M., DIANA M. (2017), *La violenza « impensabile »*. *AeP - Adolescenza e Psicoanalisi*. vol.1. Roma: Ed. Magi.