

Virus: da paura condominiale a disturbo personale

SERGIO DE DIONIGI

Summary – VIRUS: FROM COMMON FEAR TO PERSONAL DISORDER. The current Covid-19 pandemic has led to the emergence of a fear that can be defined as "condominium" as it is common to all humanity as never before. It is also examined through clinical vignettes how this fear is declined through the different mental disorders. In particular, the continuum between pathophobia, hypochondria and disease delirium is assessed. We highlight the fact that the porous boundaries between psychic disorder and "normality" are made even more fluid given the novelty of the context in which they occur, so if on the one hand one must be cautious in diagnosing as pathological, physiological emotional reactions on the other it must be assessed whether symptomatologically nuanced pictures do not already constitute the onset of a serious disorder.

Keywords: PAURA, FOBIA, IPOCONDRIA, DELIRIO, NORMALITÀ, SARS CoV-2, COVID-19

Gli uomini morivano come le mosche. I corpi dei moribondi venivano ammassati gli uni sugli altri [...]. A volte gli uomini erano così gravati dal peso delle loro sciagure da trascurare di celebrare il lamento sui morti. Tutti i rituali funebri erano caduti nel disordine: si seppellivano i morti come meglio si poteva.

Tucidide (460-395 a.C.)

Di regola, ciò che non si vede disturba la mente degli uomini assai più profondamente di ciò che essi vedono.

Giulio Cesare (102 o 100-44 a.C.)

Tutti parlano di uomini che muoiono, o sono malati, e di quanti ve ne sono in un luogo o nell'altro.

Samuel Pepys (1633-1703)

I. Introduzione

L'attuale pandemia di Covid-19 da virus SARS-CoV-2 ha determinato l'insorgere a livello mondiale di una pandemia di paura.

Se abitualmente ognuno ha le proprie paure, nelle attuali circostanze abbiamo una

paura da condividere con tutti, di cui parlare con tutti, da sviscerare con tutti. A livello esistenziale, da vissuto personale ontico, ha assunto una dimensione *ontologica* a livello universale. Sembra che tale paura sia assurda a caratteristica propria della condizione umana. Forse dal periodo della Seconda Guerra Mondiale non si è verificato un fenomeno così diffuso, anche se allora vi furono nazioni neutrali non coinvolte, cosa che non si può asserire attualmente. In poche parole ognuno di noi in *condominio* con gli altri vive questa paura.

Galimberti (31, p. 884) definisce la paura come l'«Emozione primaria di difesa, provocata da una situazione di pericolo che può essere reale, anticipata dalla previsione, evocata dal ricordo o prodotta dalla fantasia. La paura è spesso accompagnata da una reazione organica, di cui è responsabile il sistema nervoso autonomo, che prepara l'organismo alla situazione di emergenza disponendolo, anche se in modo non specifico, all'apprestamento delle difese che si traducono solitamente in atteggiamenti di lotta e fuga». Attualmente si tende ad aggiungere anche la reazione di *freezing* (congelamento) e nei bambini il *clinging* (aggrappamento).

Nella nostra abituale vita quotidiana, che si svolge nel mondo occidentale, saturo di leggi, regolamenti e linee guida che ci danno l'illusione di poter tenere tutto sotto controllo, si è verificata l'irruzione del perturbante.

Con tale termine (*Unheimlich*) Freud [29], in antitesi con il termine *Heimlich*, ossia confortevole e tranquillo e in senso lato familiare ed abituale, indica ciò che non è noto o familiare. Il perturbante caratterizza l'incertezza intellettuale. Egli scrive (ivi, p.83): «Il perturbante sarebbe propriamente sempre qualcosa in cui per così dire non ci si raccapizza. Quanto più un uomo si orienta nel mondo che lo circonda, tanto meno facilmente riceverà un'impressione di turbamento (*Unheimlichkeit*) di cose o eventi». Più in là Egli aggiunge (p.102): «A molti uomini appare perturbante in sommo grado ciò che ha rapporto con la morte, con i cadaveri e con il ritorno dei morti, con spiriti e spettri».

Prima della pandemia solo occasionalmente pensavamo alla morte mentre ora essa si è mescolata alla nostra quotidianità, che non è più solo caratterizzata da pensieri relativi alla vita, ma anche relativi alla morte. Le parole di Lou Andreas Salomé assumono un'attualità particolare: «Vita e morte stanno tra di loro in un rapporto di interdipendenza che nella sua totalità necessariamente ci sfugge; ciascuna di esse costituisce sempre la *metà* di un unico evento, come avviene con la faccia lunare, di cui una parte è sempre invisibile» (59, pp. 222-3).

II. *Le forme della paura*

Negli anni '80 del secolo scorso l'epidemia di AIDS innescò paure ancestrali correlate all'infezione, al sangue e al sesso. Ora le paure sono collegate sempre all'infezione,

ma anche al respiro, alla prossimità ed anche al semplice contatto, non solo con gli altri, ma anche con le superfici e gli oggetti. L'evitamento pertanto, che nel secolo scorso era basato sull'astinenza e sull'uso del profilattico, ora si è esteso all'allontanamento degli altri e ad un rivestimento della plastica che si estende sempre di più.

Elias Canetti (17, p. 17) scrive: «Nulla l'uomo teme di più che essere toccato dall'ignoto. Vogliamo vedere ciò che si protende dietro di noi: vogliamo conoscerlo o almeno classificarlo. Dovunque, l'uomo evita d'essere toccato da ciò che gli è estraneo [...]. Tutte le distanze che gli uomini hanno creato intorno a sé sono dettate dal timore di essere toccati». La prescrizione del distanziamento ha reso nuovamente attuali gli studi di prossemica elaborati dall'antropologo E.T. Hall [32, 33] sviluppati in seguito dal noto etologo Desmond Morris [55].

Hall ha studiato presso diverse popolazioni come veniva vissuto il distanziamento personale per cui arrivò a descrivere quattro zone a seconda del tipo d'interazione sociale:

- 1) zona della distanza intima;
- 2) zona della distanza personale;
- 3) zona della distanza sociale;
- 4) zona della distanza pubblica.

Egli ha valutato in metri e centimetri la dimensione di ognuna e per ognuna ha distinto un tipo *ravvicinato* ed uno *non ravvicinato*. A volte ora utilizziamo la distanza personale ravvicinata che va dai settantacinque ai centoventi centimetri nelle nostre interazioni, ma più spesso la distanza sociale non ravvicinata che va dal metro e venti ai due metri e dieci, per proteggerci dai famosi *droplet*, anche in conversazioni con persone che conosciamo molto bene, se le incontriamo per strada.

Ciò può sembrare ovvio viste le disposizioni, ma è un ulteriore controllo che dobbiamo porre in essere nei confronti della nostra spontaneità, anche per evitare reazioni di fuga in persone che, se potessero, interporrebbero i tre metri del *bastone di San Rocco* (con tale termine si indicava la lunghezza massima dei bastoni utilizzati dagli abitanti di Marsiglia per distanziarsi durante l'epidemia di peste del 1720) [7].

Lo stato d'incertezza che avvolge questo virus non causa solamente paura ma anche *angoscia*.

Freud in *Al di là del principio del piacere* [29] ha definito le differenze tra paura, spavento ed angoscia. Mentre la paura è collegata ad un oggetto o una situazione ben precisa, lo spavento indica la reazione di chi si trova improvvisamente di fronte ad un pericolo senza esservi preparato e quindi è caratterizzato dalla sorpresa; l'angoscia è legata all'attesa del pericolo che può anche essere sconosciuto.

Infatti sono le camaleontiche caratteristiche di questo virus, o come così sono presentate dai mass media, che disorientano.

Tenendo conto che la maggioranza della popolazione era digiuna di virologia (ora certo non si può più dire) già il cambiamento del nome (o del virus) da Coronavirus a Covid-19 e poi SARS-CoV-2 ha disorientato. Lo stesso dicasi dei sintomi: dapprima legati al solo apparato respiratorio poi ad esantemi cutanei e congiuntivite, quindi a sintomi neurologici (ageusia, anosmia e, in ultimo, tremori e forse più tardi comparsa di sintomi parkinsoniani) fino ad arrivare alla compromissione cardiaca.

I vari conflitti tra virologi con anatemi reciproci che evocano le condanne per eresie e denunce a società scientifiche, che fanno venire in mente le delazioni al tribunale della Santa Inquisizione, non hanno certo rassicurato. In più si discute sulla durata della permanenza del virus sulle superfici e per qualche settimana si è ipotizzato la possibilità di trasmissione per via aerea evocando, lo spettro del virus dell'influenza aviaria H5N1, capace di trasmettersi per via aerea ed estremamente pericoloso. A febbraio del 2020 sono noti 861 casi e i deceduti sono stati 455, quindi oltre la metà [65]. Quando la comprensibile paura sconfinava nella psicopatologia compaiono i disturbi descritti nei vari manuali.

III. *Fobia, depressione, ipocondria e delirio*

1. Il DSM-5 [3] definisce la fobia come ansia o paura sproporzionata per intensità o reale pericolo in relazione ad un oggetto o una situazione specifica, tale da indurre comportamenti di evitamento.

L'elenco delle fobie è lunghissimo e denso di termini greci e per un esauriente trattazione si rimanda al *Dizionario di Psichiatria* di Hinsie e Campbell [35]. Nello specifico, la fobia delle malattie viene denominata *patofobia* o *nosofobia*, mentre la fobia di una ben precisa malattia *monopatofobia*.

Nel caso dell'attuale pandemia possiamo appunto parlare di monopatofobia.

Ma come possiamo distinguere una fisiologica paura da una fobia?

Vignetta n.1

Una coppia di quarantenni, in ottima salute entrambi, dall'inizio della fase 1 del lockdown, lasciano a casa la collaboratrice domestica, si fanno recapitare a casa le cibarie e non escono più da essa. Solo con l'avvento della fase 2, molto timorosi, escono per recarsi nelle case dei genitori anziani comunque autonomi e che, malgrado le loro proibizioni, si recavano una volta alla settimana ad effettuare la spesa al supermercato.

Siamo di fronte a persone dotate di notevole senso civico o a persone con una fisiologica paura o monopatofobiche?

È opinione dello scrivente che solo un'analisi della struttura di personalità e del livello di funzionamento psichico [26] ci possa fornire una risposta.

Tra le fobie specifiche, come vengono definite nel DSM-5, tendono ad esordire tra i 5-9 anni le fobie relative all'ambiente naturale e quelle relative a sangue-iniezioni ferite, mentre si verifica un picco intorno ai 25 per le fobie situazionali [38].

Ci troveremmo quindi di fronte ad un esordio tardivo (non sono stati evidenziati precedenti disturbi psichici); tuttavia si rende necessario riflettere sul fatto che la situazione eccezionale di questa pandemia tende ad accentuare la porosità dei confini tra comportamento “normale” e patologico ed anche la possibilità di esordi “inaspettati” (eziologia “traumatica?”).

E sicuramente traumatico è veder portar via in autoambulanza (o a volte anche solo sapere che ciò è avvenuto) un proprio caro, essere informati del divieto di visita in ospedale ed infine ricevere la notizia del suo decesso.

A tal proposito viene in mente quanto ha scritto Lebovici [46] riguardo alle fantasie formulate dai futuri genitori sul proprio nascituro: nelle loro menti prendono vita il *bambino fantasmatico*, caratterizzato dai conflitti intrapsichici inconsci, il *bambino immaginario*, caratterizzato dai desideri e dalle attese inconsapevoli relativi a lui ed alla vita di coppia con lui e, dopo la nascita, il *bambino reale*, che con il suo aspetto ed il suo comportamento, determina un riadattamento delle rappresentazioni dei due precedenti.

Quando la persona cara viene ricoverata in ospedale per Covid-19, si riattivano timori e conflitti inconsci nei parenti: il non poterlo vedere in ospedale determina la comparsa nelle loro menti di una *rappresentazione immaginaria* della sua condizione di ammalato; ma quando viene a morire e non lo si può vedere, manca il confronto con la *persona reale* che li ha lasciati. Si rende pertanto impossibile la realizzazione di una *transizione chiave*.

L'assenza di questa transizione, unita all'impossibilità della celebrazione delle funzioni funebri ridotte ad una semplice benedizione del feretro, potrebbe riportare in auge l'epidemia di *tafofobia*.

Vignetta n.2

Un' infermiera telefona descrivendo nei minimi particolari le modalità di trattamento delle salme delle persone decedute per Covid-19 e manifesta il timore che, qualora fosse infetta dal virus, possa essere sepolta viva.

Una signora telefona angosciata poiché ha perso i contatti con la madre da quando è stata ricoverata nel reparto di rianimazione e, dopo pochi giorni, le è stato comunicato che era deceduta. Teme che, per la necessità di rendere liberi i posti letto, la madre sia stata collocata nella bara ancora viva.

Tra la seconda metà del XVIII secolo e l'inizio della Prima Guerra Mondiale il mondo occidentale fu preda di un'epidemia di tafofobia: la paura di essere sepolti vivi [11, 21]. Tutto ebbe inizio a Parigi nel 1740, quando il medico danese naturalizzato francese, Jacques-Bénigne Winslow dette alle stampe *Quaestio medico-chirurgica* [69] in cui decretò che l'unico indizio certo di morte fosse costituito dalla putrefazione.

A rincarare la dose provvide Jacques-Jean Bruhier d'Ablaincourt con la sua *Dissertazione sull'incertezza dei segni della morte* [14] tradotta in più lingue e arrivata nell'ultima edizione a oltre mille pagine.

Da allora in ogni nazione vennero presi provvedimenti. In Germania proliferarono le *Leichenhäuser*, letteralmente “case dei morti”, in realtà case di attesa in cui chi se lo poteva permettere economicamente faceva collocare la salma del parente affinché non venisse inumata immediatamente.

In Gran Bretagna la stampa si scatenò contro i medici che venivano ritenuti colpevoli di non controllare in modo adeguato se le persone fossero realmente decedute, in particolare in Irlanda dove i medici non erano tenuti a certificare lo stato di morte. La Francia nel XIX secolo vide l'apoteosi della semeiotica tanatologica con la codificazione di segni tuttora validi.

Un ulteriore fattore che determinò nel 1850 la diffusione di questa fobia anche agli strati popolari, almeno a quelli non analfabeti, fu il successo editoriale del racconto di Edgar Allan Poe *Il seppellimento prematuro* [61].

Nel 1904 l'*American Undertaker Society*, criticando la fede “assurda” dei medici negli stetoscopi, dichiarò che l'unico metodo certo per non inumare persone vive consisteva nel recidere l'aorta; altri proposero la decapitazione oppure in ultimo la cremazione. Gli imbalsamatori proposero un'iniezione intrarteriosa di fluoescina per cui, se il cuore batteva ancora, la cute e le mucose si sarebbero tinte di giallo e gli occhi si sarebbero accesi di un inquietante verde smeraldo.

I medici risposero con l'espedito di infilare un lungo ago nel cuore ed osservare se questo oscillava. Il professor E. E. Carpmael del Dipartimento di medicina dell'Università di Berkeley, in un articolo del *Morning Post*, attestava che un'iniezione di stricnina in “quel che si supponeva essere un cadavere” avrebbe fornito una sicura garanzia di non seppellire una persona viva.

Vennero ideati numerosi apparecchi da collocare nelle bare al fine di poter essere allarmati nel caso il sepolto fosse ancora vivo. Il più famoso fu il celebre *Karnice*, ideato dal ciambellano dello zar Nicola II e presentato alla Sorbona nel 1897 e l'anno dopo all'Esposizione Nazionale di Torino: consisteva in un tubo con anima d'acciaio che terminava in una palla deposta sullo sterno. Il minimo movimento del presunto morto faceva aprire una cassetta che sollevava un'asta metallica sormontata da una sfera che salendo metteva in funzione una potente suoneria e faceva entrare dell'aria nella cassa. Il tubo di metallo consentiva altresì al defunto di “conversare” con le persone accorse.

In questo periodo si è verificata anche una recrudescenza di casi di claustrofobia.

Vignetta n. 3

Una donna di 32 anni, fino a cinque anni prima, era stata in cura per una grave forma di claustrofobia legata al viaggiare in treno, con accentuazione quando esso sostava nelle gallerie. Presentava alcuni tratti ossessivi di personalità legati al bisogno di tenere tutte le situazioni sotto controllo.

Con l'avvento della fase di lockdown, benché abitasse in una villa con ampio giardino e tendenzialmente trascorresse nel periodo precedente gran parte delle giornate senza uscire di casa, fu colta da una serie di attacchi di panico caratterizzati da dispnea, tachicardia, parestesie e timore di perdere il controllo. Ai colloqui emersero due tematiche prevalenti: la prima era caratterizzata dal fatto che a lei interessava poco uscire di casa, ma quello che l'angosciava era la *perdita della possibilità* di farlo; la seconda consisteva nel fatto che le conoscenze scientifiche non fossero in grado di *tenere sotto controllo* la diffusione dell'infezione.

Potremmo ricondurre la prima tematica ad una condizione di *adinatia* [67] intesa come impossibilità di progettare le possibilità. Da ciò discende uno stato di angoscia, collegato alla sensazione di costrizione e limitazione delle nostre *possibili* scelte, anche se in quel dato momento non intendiamo effettuarle. Da claustrofobia legata ad una precisa situazione si verifica una metamorfosi a claustrofobia esistenziale.

La seconda tematica, inscrivibile nella visione ossessiva di poter tenere tutto sotto controllo, è riconducibile alla visione di una scienza che tutto può risolvere e ad una medicina che avrebbe definitivamente sconfitto oppure avrebbe almeno tenuto sotto controllo le malattie infettive.

Tale visione, ricordiamolo, non è propria esclusivamente di persone poco acculturate, ma lo è anche di persone dotate di un buon patrimonio culturale.

A tal proposito vale la pena di riflettere sul concetto di *emortalità* indicativo di tale ottimismo che, a parere dello scrivente, sconfina nella *ubrys* di chi pensa che ormai l'umanità possa arrivare a dominare la morte.

Nel 1979 Alvin Silverstein [66], Preside della facoltà di scienze biologiche dello Staten Island College di New York, pubblicò il libro *La conquista della Morte*. Egli distingue sei fasi nel progresso scientifico e medico, facendo partire la prima fase dalla Preistoria al 1950 (la fase della Fondazione), pone la seconda tra il 1950 ed il 1970 (la fase dell'Attuabilità), la terza (fase della Credibilità) dal 1970 al 1983. In tale fase, grazie al progresso scientifico, l'aspettativa di vita si era notevolmente prolungata grazie anche all'avvento di sempre nuovi farmaci antibiotici ed antineoplastici.

La quarta (o della Massa critica) che pone tra il 1983 e il 1989 sarebbe stata caratterizzata da un nucleo centrale d'informazioni che avrebbe innescato una reazione a catena di scoperte che avrebbero reso guaribili centinaia di malattie. La quinta (o dell'Emortalità condizionata) che si sarebbe sviluppata tra il 1989 e circa il 1999, non

solo avrebbe prolungato ulteriormente l'aspettativa di vita, ma avrebbe anche indotto un aumento generalizzato del Q.I. Intorno al 1999 sarebbe poi scoppiata la fase della Vera Emortalità in cui al massimo si sarebbe potuto morire per gravi traumi.

Egli scrisse a conclusione del suo libro denso di dati (si ripete siamo nel 1979): «La maggior parte di coloro che hanno oggi meno di cinquant'anni sfuggirà probabilmente alla morte. Una percentuale di quelli sopra i cinquanta continuerà anch'essa a vivere» (66, p. 277).

Persone con *information overload* hanno presentato attacchi di panico poiché iniziavano a visionare il bollettino di guerra della Protezione Civile delle 18 e quindi non si perdevano nessuna trasmissione relativa alla pandemia fino all'una di notte con conseguente insonnia.

Si deve riconoscere che i *mass media* hanno posto in essere una vera "pedagogia del terrore".

L'antropologo Alfred Radcliffe-Brown nel suo saggio *Taboo* [63] ha evidenziato il fatto che le persone non agiscono moralmente, in quanto seguono delle norme per il proprio bene, bensì perché temono le conseguenze negative del non seguirle.

Egli si riferisce in particolare alla paura del contagio, anche se inteso in senso lato, che, come qualsiasi sanzione sociale, determina il rispetto delle norme e la conseguente stabilità della struttura sociale. Per cui i riti (o i *mass media*) garantiscono tale stabilità e suscitano la paura se essa è funzionale al rispetto delle norme.

Quindi il rito non è diretto a assicurare bensì a suscitare la paura. Come osserva Claudia Mattalucci (53, p.79): «Timori e speranze sono un prodotto della socializzazione e devono essere continuamente alimentati affinché gli uomini vivano in società».

Mary Douglas, un'altra antropologa, nel suo *Purity and Danger* [22], pone in risalto il rapporto tra sistemi di classificazione e paura. Poiché ogni cultura elabora una classificazione del mondo, emerge comunque la presenza di entità anomale che non rientrano in ciò che risulta essere preordinato. L'impossibilità di ricondurre tutte le esperienze a sistemi di classificazione consolidati suscita la sensazione di pericolo e quindi la paura. L'apparizione di ciò che è inclassificabile sconvolge la rappresentazione concettuale del mondo propria di una certa società.

Al termine di queste riflessioni sui concetti di paura e fobia vale la pena di esaminare in ultimo il concetto di *soteria*. Con questa parola greca che significa preservamento, entità salvifica, Laughlin (45, p. 248) indica «una reazione attraverso la quale sono provate emozioni di sicurezza e di protezione apparentemente sproporzionate allo stimolo esterno. Attraverso lo spostamento, l'oggetto esterno è venuto a rappresentare simbolicamente l'oggetto di dipendenza inconsciamente desiderato e, come conseguenza, diviene una fonte neurotica di sicurezza, di sollievo, di soddisfazione e/o di protezione».

A questo punto, gli accaparramenti di mascherine prima che fosse dichiarata la pandemia o l'acquisto compulsivo di carta igienica e farina, erano riconducibili a comportamenti previdenti oppure consistevano nella ricerca di oggetti soterici?

2. Limitatamente all'esperienza dello scrivente, chi era già in cura per un disturbo depressivo non ha presentato peggioramenti della sintomatologia nel periodo di lockdown, a meno che non avesse subito dei lutti. Piuttosto, in soggetti che prima non ne avevano sofferto, non era evidenziabile una chiara deflessione del tono dell'umore bensì correlati somatici quali astenia, apatia, insonnia, calo dell'appetito e della libido. La forzata permanenza nell'abitazione, oltre a determinare un apparente aumento della conflittualità intrafamiliare, che soltanto una valutazione statistica potrà confermare, ha determinato l'irrompere nella nostra vita quotidiana del *Vuoto*.

Secondo Kierkegaard [40] il Vuoto è fratello dell'Accidia o, se vogliamo non riferirci al peccato capitale, della Noia, intesa come mancanza di stimoli. Secondo Maggini e Dalle Luche [49] ciò che manca oggi agli uomini è il gusto per il "normalmente interessante". Dobbiamo essere continuamente sovrastimolati anche se poi ci rifugiamo in quello che Heidegger [34] definisce il mondo del "Si": si fa una cosa perché la fanno tutti, perché si deve fare (si va all'outlet, si fa il giro sul corso principale ecc). I fine settimana sono dedicati alla ritualità di "ammazzare il tempo" (forse per questo *tempus fugit*), secondo regole codificate insite in una quotidianità *data per scontata*.

Biswanger [8] vede nella noia un modo di vivere la temporalità non più come autentica, caratterizzata dall'attesa o dalla tensione verso una meta, bensì una temporalità *deietta*, vale a dire la temporalità oggettiva del mondo, scandita dall'avanzare delle lancette. Questo avanzare del tempo, poiché non ci è più proprio, diviene lento, anonimo ed inautentico. Il gusto del normalmente interessante è caratterizzato invece da quel progetto che contraddistingue la creatività.

Fassino [23] evidenzia il fatto che l'aumento della disponibilità di tempo libero (e potremmo anche aggiungere per molti, di tempo vuoto) non favorisca la soluzione di problemi quali l'isolamento, la conflittualità intrafamiliare e la massificazione. Indica nella creatività la più costruttiva soluzione a tale situazione e rifacendosi ad Adler [2] e Maslow [52], individua nella creatività personale tre configurazioni:

- I) una potenzialità adattiva, connessa a particolari attitudini del Sé, che consente di superare l'ordinario schema stimolo-risposta, modulando regole individuali e regole sociali, giochi privati e giochi sociali;
- II) la possibilità di compensazione di situazioni sfavorevoli in altri campi dell'esistenza;
- III) il rischio di una creatività iterativa e ripetitiva come avviene nei disturbi un tempo definiti come nevrotici.

In una situazione di crisi la capacità di reagire attraverso la creatività è altresì condizionata dalla nostra capacità di *resilienza*. Anna Oliverio Ferraris (58, p.7) dichiara: «il termine resilienza viene normalmente usato per indicare un tratto della personalità composito, in cui convergono fattori di varia natura - cognitivi, emotivi, familiari, sociali, educativi, esperienziali, maturativi - che con la loro azione congiunta mobilitano le risorse dei singoli, dei gruppi e della comunità [...]. Di fronte agli stress e ai colpi della vita, la resilienza dà infatti luogo a risposte flessibili che si adattano alle diverse circostanze ed esigenze del momento».

A tal proposito appare utile evidenziare alcune differenze rispetto all'uso di tale termine. Norris e Coll. [57] distinguono la resilienza dalla *resistenza*, considerata come l'insieme delle risorse in grado di bloccare completamente una risposta maladattiva dopo uno stress, definendo quest'ultimo come qualsiasi avvenimento di vita che richieda un cambiamento per adattarsi ad una nuova realtà. Le caratteristiche individuali che sono in grado di attivare la resistenza devono essere *robuste*, *ridondanti* e *rapide* per essere in grado di bloccare lo stress. La robustezza consiste nella forza delle risorse individuali in quanto scarsamente deteriorabili; la ridondanza è data dalla disponibilità di più risorse da poter utilizzare; la rapidità è basilare per conseguire più velocemente l'eliminazione dello stress.

Bonanno [10] distingue il *recupero* dalla resilienza. Nel primo, il periodo di alterato funzionamento si prolunga per mesi o più dopo l'evento stressogeno e quindi si evidenzia un graduale ritorno alle condizioni psichiche pre-morbuse. Nella resilienza sussiste invece una presenza più fugace del periodo di alterato funzionamento (qualche settimana) ed una più rapida traiettoria verso lo stato di benessere.

Cohen e Lazarus (20, p. 95) definiscono il *coping* come «gli sforzi cognitivi e comportamentali adottati per padroneggiare, tollerare o ridurre le richieste esterne o interne ed i conflitti». Pertanto Pignatelli, Pennisi e Biondi [60] differenziano la resilienza, intesa come capacità di conseguire esiti positivi evolutivi di fronte ad eventi stressogeni ad alto impatto, quindi capacità di “incassare il colpo”, dal coping inteso come (ivi, p. 41) “capacità di affrontare”, di “reagire a” e si può collocare alla fine del processo: *stress-valutazione dello stress-strategie di coping*.

Campbell-Sills, Cohan e Stein [16] rimarcano che, mentre le strategie di coping si riferiscono ai meccanismi posti in essere come risposte allo stress, la resilienza consiste nell'esito positivo ed adattivo di tali strategie efficaci, quali ad esempio la capacità di focalizzarsi sul problema.

Ciò che comunque distingue la resilienza dalle succitate capacità di reazione agli eventi stressogeni è dato, come sottolinea Consuelo C. Casula [18], dallo sviluppo di risorse ed energie che erano sconosciute all'individuo *prima* dell'evento, consentendo una maggiore creatività nel reperire soluzioni.

La capacità di resilienza può oscillare nei diversi periodi della vita o di fronte a nuovi eventi ed allora possono emergere le più diverse risposte emotive di sofferenza tra cui la tristezza.

In questi momenti di crisi c'è il rischio di confondere la fisiologica tristezza con la patologica depressione.

Maj [50] ha evidenziato i rapporti tra tristezza e Disturbo Depressivo Maggiore e quello della discontinuità-continuità tra essi sia in senso fenomenico che biologico. Secondo l'Autore gli aspetti di essi differiscono solo in senso quantitativo.

La situazione è diversa nel caso di Disturbo Depressivo Maggiore con Melanconia, in quanto ricorrono variazioni diurne della sintomatologia e il risveglio precoce che mancano nella tristezza.

Come sottolinea Maggini (48, p. 630): «La “morale da conquistatori” che guida la psichiatria (ma non solo) sollecita un continuo dilatarsi dei confini del patologico con aspirazioni di piantare bandierine con etichette anche su stati emotivi che sfuggono alla griglia dei sistemi diagnostici e sfumano negli stati psichici e comportamentali che l'uomo esperisce in risposta alle avversità di vita ed ai colpi del destino».

Nella situazione attuale, sovente anche per ragioni economiche, si è anche delineato quell'insieme di tristezza e scoraggiamento che definiamo come demoralizzazione.

In psichiatria questo termine è stato utilizzato con accezioni diverse.

Frank [27] ha descritto la *demoralizzazione* in termini psicodinamici, caratterizzandola come un insieme di sentimenti di ansia, sfiducia, incapacità e scoraggiamento reattivi di eventi esistenziali traumatici o a malattie somatiche e psichiche, in assenza di identificabili eventi, ad un'alterata capacità di affrontare i fisiologici stress della vita per pregresse esperienze negative che avevano compromesso la capacità di *coping*.

Donald F. Klein il padre della “pharmacological dissection” traghettò il termine dalla psicodinamica alla psichiatria. Dapprima [41, 42] concettualizzandolo come un sentimento d'incapacità legata al deterioramento dell'immagine di sé ed alla correlata incapacità di prospettare un futuro rinforzo positivo. Tale atteggiamento compariva a seguito di pregresse esperienze negative.

Tale condizione non era propria della cosiddetta depressione reattiva bensì della depressione nevrotica ed ancor di più della depressione endogenomorfa contraddistinta dall'anedonia, vale a dire l'incapacità ad esperire piacere, legata all'inibizione dell'attività di un ipotetico *pleasure center*.

Nel 1980 [43] Egli pone l'accento sulla compromissione del piacere appetitivo, vale a dire l'incapacità di progettare attività che possano condurre al soddisfacimento di determinati bisogni e sottolineava pertanto l'inefficacia in tali circostanze degli antidepressivi triciclici e invece l'utilità di farmaci IMAO o psicostimolanti.

Maj [50] invece assume una posizione che lo scrivente condivide. Rifiuta l'identificazione della demoralizzazione con una condizione psichica patologica, ma la riconduce alla tristezza, inseribile in quell'area grigia di *human misery* e di dolore morale che si situa all'esterno dei confini classificatori della psichiatria.

Se vogliamo procedere ad una dissezione dei sentimenti a parere dello scrivente, tristezza e demoralizzazione non sono identificabili, in quanto la demoralizzazione appare come una tristezza colorita di scoraggiamento e sensazione di difficoltà a trovare le soluzioni senza però arrivare alla disperazione in cui non si intravedono soluzioni. Tuttavia tale stato emotivo può interferire nella capacità di valutazione di una persona della propria malattia e dei provvedimenti terapeutici da intraprendere [12].

3. Un'altra patologia che in quest'epoca di pandemia si è delineata nettamente è l'ipocondria.

Vignetta n. 4

Un medico, nei tre mesi precedenti la fase di pandemia, ha sviluppato il timore di essere affetto da tutta una serie di malattie. La sintomatologia riferita consisteva in episodi di astenia con parestesie migranti, e vaghi dolori anch'essi migranti, che variavano continuamente nell'arco della giornata. Una serie di visite ed esami specialistici avevano escluso l'origine organica. Negli ultimi tempi le sue angosce si focalizzarono sul timore di essere affetto da una malattia ematica.

Venne prescritta una terapia farmacologica a base di 100 mg di Sertralina e psicoterapia. Durante i colloqui si delineò una struttura di personalità di tipo ossessivo. Verso i sei anni erano comparsi rituali per cui venne portato in psicoterapia e dopo pochi mesi la sintomatologia ossessiva regredì poiché egli "decise" che si era stancato di essa. Venne educato dal padre alla politica del successo consistente nel raggiungimento di un elevato livello economico che la famiglia già deteneva. Egli si dedicò pressoché completamente all'attività professionale, tra ospedale e studio privato.

Ai colloqui emerse che la sintomatologia comparve poco dopo che il primario gli comunicò l'arrivo di un altro medico che, visti i titoli accademici, avrebbe molto probabilmente vinto il concorso per sostituirlo. Egli prese la notizia malissimo in quanto egli ambiva a tale posto. *L'angoscia di scacco* [25, 64] fece insorgere in lui una disillusione nei confronti del lavoro ospedaliero ed una difficoltà a reggere i ritmi dello studio privato.

A causa della sua personale *politica di prestigio* congrua al suo *Schema Appercettivo*, parte integrante dello *Stile di Vita* [2], non avrebbe mai potuto ammettere a se stesso che per un certo periodo avrebbe potuto diminuire il quantitativo di lavoro, per cui l'angoscia di poter essere afflitto da una grave malattia gli fornì la giustificazione, costituendo una *finzione* coerente col suo stile di vita.

La situazione migliorò, ma poi comparve la pandemia da Covid-19.

Egli non manifestò alcun timore. Col suo stile di controllo ossessivo seguiva tutte le indicazioni igienico-sanitarie e questo lo rassicurava, ma verosimilmente, per il dinamismo psichico dello spostamento, ricomparve il timore di poter essere affetto dalla malattia ematica.

Ad un ulteriore approfondimento emerse il bisogno di punire la moglie tramite le continue lamentele somatiche poiché ella l'aveva criticato a causa dell'acquisto di una costosa villa liberty in cui si erano trasferiti. Affrontata questa tematica, l'ansia relativa alla malattia regredi e comparve una "normale" paura del Covid-19 tenuta sotto controllo da scrupoloso uso dei dispositivi di protezione.

La patofobia, l'ipocondria ed il Disturbo Delirante Tipo Somatico, come descritto dal DSM-5 [3], pur situandosi su un continuum presentano, a parere dello scrivente, diverse connotazioni: nella patofobia il paziente *teme* di contrarre una malattia, nell'ipocondria *teme di poter aver contratto* una malattia, nel delirio somatico è *convinto di avere* una malattia.

Tale personale opinione viene confortata da quanto scrivono Fassino, Abbate Daga e Leombruni (24, p. 316): «Nella fobia l'idea di malattia è proiettata nel futuro: il soggetto ha più timore di prendere che di avere la malattia, possibilità angosciosamente presente e attuale [...]. In questi casi, il paziente ha la necessità di ricorrere al medico come personaggio più forte e idealizzato, che possa con una rassicurazione neutralizzare "il pensiero" del paziente e placare l'ansia».

Nella patofobia abbiamo un'ansia di perdita dell'oggetto d'amore introiettato, per cui si teme di perdere il corpo sano. Se vogliamo rifarci al PDM-2 [47] si tratta di ansia di castrazione, in quanto tale termine viene altresì riferito all'ansia relativa ad un danno somatico.

Come dichiarato dai succitati autori il paziente viene rassicurato dall'incontro col medico, almeno per un certo tempo, poiché di esso ha un'immagine positiva o addirittura idealizzata, cosa che come vedremo non è valida per l'ipocondria. Sovente sono anche presenti sensi di colpa nei confronti dei familiari ed è maggiore la disponibilità ad accettare l'intervento psicoterapeutico perché è maggiore la capacità di *insight*. A volte la patofobia relativa a malattie contagiose, come sottolinea Adler per la sifilofobia [1], è indicativa di una *finzione* atta a mantenere a distanza gli altri in persone con scarso *sentimento di comunità*.

Un tratto comune alla patofobia ed all'ipocondria è individuabile in una condizione ipotizzata da Barsky e Klerman [5], costituita da un'ipervigilanza a disturbi corporei, in particolare un'eccessiva percezione degli stimoli fisici sovente amplificati, anche se non si ha la comparsa di un vero e proprio sintomo come nei disturbi psicosomatici.

Infatti come descritto nel DSM-5 relativamente al *Disturbo da Ansia di Malattia*, attuale denominazione dell'ipocondria, i veri sintomi fisici sono assenti oppure molto sfumati.

L'ipocondria, a parere dello scrivente, non è altro che un disturbo ossessivo incentrato sul corpo; infatti Martin e Yutzy [51], la inseriscono nello spettro dei disturbi ossessivi. Se ci riferiamo all'organizzazione di personalità come descritta da Kernberg [39] l'ipocondria sfuma da organizzazioni di personalità di tipo nevrotico a organizzazioni tipo borderline. Infatti ai colloqui può emergere l'angoscia di poter aver perduto l'oggetto d'amore interiorizzato, ma nei casi più gravi può emergere un'angoscia che Gabbard [30], rifacendosi a teorizzazioni kleiniane, definisce *angoscia persecutoria*, «per cui l'ansia primaria è relativa al fatto che gli oggetti persecutori invaderanno il paziente dall'esterno e lo annichiliranno dall'interno» (ivi, p. 256).

In un'ottica relazionale adleriana il paziente ipocondriaco, grazie ai suoi sintomi, tiene in scacco tutti i suoi familiari, scaricando su di essi tutta l'aggressività relativa al fatto che essi non lo comprendono.

Risulta importante nella raccolta anamnestica il dato relativo a qualche familiare che abbia sofferto di un disturbo fisico che l'abbia posto al centro dell'interesse.

Il DSM-5 distingue nel disturbo da ansia di malattia il Tipo richiedente l'assistenza da quello che non la richiede. Come si è detto, il primo tipo afferrisce più alla patofobia, mentre l'ipocondriaco svaluta i medici poiché non in grado di comprendere la natura dei disturbi di cui soffrono, anche perché sovente così sfumati o strani da risultare incomprensibili (*Medically unexplained symptoms*, MUS) e che nell'ambito della medicina generale possono oscillare tra il 25 ed il 60% [13].

Quando si rivolgono al medico, dopo aver consultato internet, è per porre in risalto la sua ignoranza contrapposta al saper del paziente.

Se vogliamo leggere in chiave adleriana la teoria kleiniana dell'*invidia* [44], finalizzata allo svuotamento degli oggetti buoni situati nell'Altro, il paziente grazie alle conoscenze date dal vivere in prima persona i sintomi e a quelle della documentazione in rete, manifesta la sua *aspirazione alla supremazia*, svuotando il medico del suo sapere del tutto inutile per arrivare a capire la sua malattia e quindi se stesso.

Vignetta n. 5

Un medico quarantatreenne impegnato in un'attività clinica che lo pone a contatto con possibili ammalati di Covid-19, riferisce un grave stato di astenia. Malgrado siano stati effettuati due tamponi che avevano escluso l'infezione, egli è convinto di essere ammalato. Rifiuta approfondimenti diagnostici per escludere altre patologie.

È secondogenito e il padre aveva da sempre stimolato la competizione tra i fratelli. Come il fratello, si iscrisse alla facoltà di Medicina e come lui si dedicò alla medesima branca pur in ambiti lavorativi diversi.

Non è disponibile a qualsiasi intervento psicoterapeutico o farmacologico, ma a due colloqui informali risultò essere molto sensibile alla descrizione formulata dai *mass media* dei medici come “eroi”. Il fatto di essere un medico che sul campo aveva contratto il virus l’avrebbe reso “un combattente più eroico” rispetto al fratello.

Un precedente colloquio con la madre evidenziò una vera e propria ossessione per quanto riguarda la rivalità col fratello più anziano di tre anni. Quest’ultimo entrò in conflitto col padre in quanto a diciotto anni rifiutò di aderire a questa gara tra fratelli ed andò a frequentare l’università lontano da casa, mentre il fratello minore la frequentò restando a casa. Quando il fratello si sposò, egli, che non aveva nessun legame affettivo, si affrettò a corteggiare una lontana parente, una donna molto sottomessa e la sposò dopo un anno. Il fratello ebbe due figli; lui nessuno in quanto la moglie era sterile.

La madre aggiunge che egli tendeva ad essere diffidente e a percepire negli altri invidia nei suoi confronti, quando era lui il primo ad essere invidioso. Una volta per alcuni mesi, in ciò spalleggiato dal padre, si convinse di essere vittima di un complotto ordito da colleghi e politici.

Il DSM-5 contempla la diagnosi di Disturbo Delirante Tipo Somatico, ma in questo periodo di *infodemia* come è stata definita dall’Organizzazione Mondiale della Sanità, si è verificata una pandemia di opinioni contraddittorie, per cui a parere dello scrivente, tenendo conto del *contesto*, si deve andare molto piano a definire come delirante una qualsiasi dichiarazione.

Nel mese di marzo di quest’anno veniva attestato che se una persona risultava negativa a due tamponi, non aveva contratto il SARS-CoV-2. Successivamente comparirono notizie relative all’emergere di falsi negativi che presentavano la sintomatologia respiratoria. Quindi il nostro medico forse aveva ragione a diffidare dell’esito e quindi non delirava? Oppure forse la sua astenia (visto che continuò a recarsi al lavoro) era una pura invenzione e semplicemente voleva convincere tutti quanti che aveva contratto il virus per poter recitare la parte dell’eroe?

Secondo Jaspers [37] il delirio è caratterizzato da: I) certezza soggettiva senza possibilità di dubbio; II) non influenzabilità dall’esperienza contraria; III) impossibilità o inverosimiglianza del contenuto.

Egli mostrava una granitica convinzione di avere contratto il virus senza però preoccuparsi del fatto che poteva trasmetterlo a pazienti o familiari (elemento che deponeva per il fatto che sapeva di non esserne affetto?). L’astenia era un sicuro sintomo indicativo per lui e non accettava nessuna spiegazione alternativa. Come si è visto, la negatività dei test era per lui irrilevante. Le notizie dei falsi negativi rendeva possibile la sua convinzione di poterne essere affetto.

La soluzione al dubbio se ci trovavamo di fronte ad una situazione esagerata, ma pur sempre *normale* tenendo conto del *contesto* oppure ad un vero e proprio caso di *paranoia*, deve essere cercata per altre vie.

Jaspers distingue nell'ambito della psicopatologia dei deliri i concetti di *sviluppo* e di *processo*. Il processo è caratterizzato da quelle determinanti psichiche eterogenee rispetto alla possibilità di comprensione empatica dell'interlocutore che determinano il fallimento di tale comprensione. La comparsa di un processo abnorme è qualcosa di estraneo che interrompe il flusso della personalità di quel particolare individuo; del processo si possono conoscere solo dei sintomi.

Il termine sviluppo indica anch'esso un cambiamento, ma armonico ed inseribile nell'ambito dello "sviluppo della personalità", comprensibile attraverso l'atteggiamento empatico.

Nel processo l'inizio della sintomatologia è brusco e scarsamente determinato da influssi ambientali, mentre nello sviluppo si evidenzia un graduale accentuarsi di una sintomatologia armonica con i tratti di personalità, sovente in risposta a situazioni ambientali che fungono da stimolo.

Adler [1] individua nella paranoia una linea di condotta caratterizzata appunto come sviluppo della personalità, condizionata da un iniziale *complesso d'inferiorità*. Egli scrive: «Nell'atteggiamento del paranoico troviamo il riflesso del comportamento ostile nei riguardi dei suoi simili. Ciò deriva automaticamente dalla ricerca attiva di una superiorità universale che trova la sua espressione nell'idea che gli si debba considerazione» (ivi, p. 293).

Adler pone altresì in risalto la scarsità di *sentimento sociale* del paranoico in quanto completamente focalizzato sulla realizzazione della sua aspirazione alla supremazia. Il medico si preoccupava di esibire la propria malattia per raccogliere gli onori di eroe, ma non si preoccupava minimamente, se era veramente infetto, di contagiare pazienti e familiari.

In base ai dati anamnestici egli esibiva un continuo bisogno di dimostrarsi superiore non solo al fratello maggiore, ma anche nei confronti della gente invidiosa. Già in passato egli aveva individuato una cospirazione ai suoi danni. Al proposito Cameron delinea il costrutto della *pseudocomunità paranoide*. Egli scrive (15, p. 721): «La pseudocomunità paranoide è un'organizzazione immaginaria, composta di persone reali e immaginarie, che il paziente rappresenta come unite allo scopo di compiere qualche azione contro di lui».

Il delirio paranoicale è sostanzialmente un delirio *organizzato*, vale a dire presenta una struttura nel complesso coerente pur basandosi su un presupposto patologico.

Berner e Naske [6] evidenziano nello sviluppo del delirio anche il “riferimento all’ambiente”; infatti «nel delirio “polarizzato” le idee deliranti sono inserite in circostanze del mondo reale e si presentano strettamente collegate ad esse» (ivi, p. 172).

La descrizione dei medici come “eroi” fornita dall’ambiente, gli ha fornito il *tema* per l’*elaborazione delirante (Wahnarbeit)* [36].

In questo caso la pandemia ha avuto un vero effetto patoplastico sullo sviluppo del delirio.

IV. Normalità, contesto e Zeitgeist

Come si è già detto, a parere dello scrivente, la condizione di pandemia ha sparigliato le carte di una condizione che già è di per sé evanescente: la normalità.

In un’ottica adleriana possiamo definire normale quell’individuo capace di armonizzare nel proprio Stile di Vita le istanze della Volontà Potenza, intesa come bisogno di autoaffermazione e del Sentimento Sociale, inteso come bisogno di porsi in risonanza affettiva con l’Altro, assolvendo ai compiti esistenziali delle relazioni affettive, sociali e di lavoro.

Tale definizione, tuttavia, non è di molto aiuto nell’affrontare la rivoluzione del concetto di normalità su accennata. Certo, nell’incontro col paziente possiamo utilizzare i criteri di livello di organizzazione di personalità del PDM-2 o i Livelli di Funzionamento Psicopatologico [26], ma per un veloce colpo d’occhio, per valutare sull’immediato se siamo di fronte ad una patologia oppure no, sarebbero più utili dei criteri comportamentali *à la façon du DSM*.

Partiamo da quanto evidenzia Andreoli (4, p.27): «la normalità non è una condizione simile a quello che in filosofia è uno stato di natura, qualcosa che ciascuno di noi ha, una situazione in cui ci si trova, inizialmente, e che poi può perdere. Non è qualcosa come una dote o una dotazione che ognuno si ritrova, dalla nascita, nel proprio bagaglio genetico. La normalità è qualcosa che va conquistata giorno per giorno, momento per momento, a poco a poco [...]. La normalità è qualcosa che ha sì a che fare con ciascuno di noi individualmente, ma è altrettanto una certa qualità che sta tra gli individui, tra le persone, una qualità delle relazioni che costituiscono l’ambiente che si sta considerando. La normalità, questo è l’aspetto più importante, è qualcosa che mi appartiene in quanto sono in rapporto con gli altri».

Quindi la mia normalità non è solo caratterizzata da ciò che io penso, ma anche da come mi relaziono con gli altri.

Biondi [9] ha descritto nove criteri di valutazione relativi al giudizio di normalità:

I) *Devianza*, relativo alla conformità sociale alle norme di comportamento, criterio che non necessariamente implica la presenza di un disturbo psichico;

II) *Sofferenza*, relativo alla mancanza di sofferenza, alla possibilità di sentirsi libero nella propria progettazione e nell’espressione della propria volontà;

- III) *Funzionalità psicosociale* nelle relazioni ed in ambito lavorativo;
- IV) *Pensiero e linguaggio*, relativo a forme di pensiero e di capacità di comunicare adeguati alla cultura;
- V) *Antropologia e cultura*, per cui gli atteggiamenti ed i comportamenti sono comprensibili nell'ambito della cultura di appartenenza;
- VI) *Sviluppo psico-affettivo*, caratterizzato da una maturità di sviluppo adeguata all'età;
- VII) *Etologia*, caratterizzato da coerenza con i comportamenti di base della specie;
- VIII) *Biologia*, consistente in un fisiologico funzionamento dell'attività cerebrale;
- IX) *Statistica*, caratterizzato dalla frequenza del comportamento nella popolazione di riferimento.

A parere dello scrivente la pandemia ha imposto una devianza dal comportamento abituale (lo stare chiusi in casa, rispettare disposizioni alternanti ed essere sottoposti a controlli, rispettare le distanze, impossibilità a celebrare funerali ecc.) che rende porosi i confini tra paura e fobia o ipocondria o delirio, tra fisiologica tristezza e depressione; per le ragioni suddette anche il concetto di sofferenza non è ascrivibile solo ad una condizione patologica, tenendo conto delle limitazioni sul piano psicosociale (cambiamento delle modalità di lavoro o privazione di esso, impossibilità alla frequentazione di amici o parenti se non tramite internet).
Ma tutto è dominato dall'incomprensibilità di quanto è avvenuto.

Nello *Zeigeist* occidentale caratterizzato, come si è detto, dalla certezza data da norme e regolamenti, da una globalizzazione dell'informazione e del sapere scientifico, si è verificata l'irruzione di questo *perturbante* e non si è avuta una risposta chiara e univoca, bensì tutta una serie di affermazioni e proposte contraddittorie. Avvenimento più che logico e comprensibile di fronte ad una pandemia causata da un virus sconosciuto, ma sconvolgente sia a livello fisiologico che patologico per chi nutrive una cieca fede nella *ubrys* della scienza e della tecnica e disorientante per i medici di base, che hanno ricevuto contraddittorie indicazioni dalle agenzie sanitarie, e per i medici ospedalieri trovatisi a prescrivere farmaci fuori dalle indicazioni verificate.

La nostra fiducia nelle informazioni scientifiche dipende molto da *come* ci vengono formulate, vale a dire che dipendono molto dal contesto in cui vengono espresse. Amos Tversky e Daniel Kahneman, considerati i padri della *Neuroeconomia* (l'ultimo venne insignito nel 2002 del premio Nobel per l'Economia), in un articolo [68], disquisendo appunto su quali scelte dovrebbero essere effettuate nel fronteggiare un'epidemia, hanno evidenziato che le nostre scelte sono sovente irrazionali, poiché le nostre decisioni vengono condizionate dall'effetto *contesto* o effetto *framing*.

Essi hanno posto in risalto che nell'effettuare le nostre scelte sia in campo sanitario sia in campo economico sia in campo giuridico o altro, utilizziamo sovente dei dinamismi psichici definiti *euristiche*, delle scorciatoie cognitive che facilitano l'analisi delle informazioni fornite dall'ambiente.

Il problema che tali euristiche, in quanto caratterizzate da un *pensiero veloce*, sono condizionate da come vengono presentate le informazioni e quindi molto dalla risposta emotiva. Diverso è il mio atteggiamento immediato se mi viene detto che un determinato provvedimento sanitario causa il 20% di morti rispetto al fatto che è in grado di far guarire l'80% della popolazione. È appunto questa *strategia della perdita* che viene evidenziata da chi è contrario alla campagna di vaccinazioni.

A proposito della ricerca del vaccino anti SARS-Cov-2, dalla lettura di alcuni articoli che sollecitano una vaccinazione di massa richiedendo una veloce applicazione delle procedure, si ha l'impressione che il vaccino, pur indispensabile, sia vissuto come un oggetto *soterico* privo di qualsiasi effetto negativo.

Ricordiamo al proposito la vaccinazione di massa negli Stati Uniti nel 1976 a seguito dell'ondata di terrore causata dalla morte per polmonite di un militare statunitense che aveva contratto l'influenza suina. In due mesi, velocizzando le procedure di controllo, vennero immunizzati quaranta milioni di americani. Per fortuna l'epidemia non si verificò, ma si verificò un'epidemia di cause legali poiché un medico aveva collegato la vaccinazione di un suo paziente all'insorgenza della sindrome di Guillain-Barré, una malattia neurologica caratterizzata da disturbi del Sistema Nervoso Periferico. Il danno per il governo nel 1980 fu di 3,5 miliardi di dollari senza che venisse stabilito sicuramente il collegamento tra la malattia e la vaccinazione [54].

Si fa in fretta a passare da oggetto *soterico* ad oggetto *fobico*.

In conclusione, a seguito di questa pandemia, è opinione dello scrivente che si renda ulteriormente necessaria prudenza nel definire un certo atteggiamento o un certo comportamento come patologico o sicuramente fisiologico.

Soltanto la valutazione della struttura di personalità con i riferimenti succitati potrà fornire una risposta esauriente.

V. *Il non detto*

In questo articolo non sono stati affrontati diversi temi molto importanti anche perché per alcuni è necessaria una valutazione statistica:

- 1) tutte le problematiche relative all'incidenza dei disturbi da stress e dei disturbi dell'adattamento (compreso il lutto) insorti in chi ha perso una persona cara o ne è stato anche semplicemente allontanato, oltre alla sofferenza di tutte le figure sanitarie che hanno dovuto affrontare l'emergenza;
- 2) lo stravolgimento con tutte le sue implicazioni emotive e cognitive della vita quotidiana;
- 3) gli atteggiamenti di idealizzazione e di rifiuto da parte di individui o gruppi nei confronti di determinate dichiarazioni trasmesse dai *mass media* con contrapposizioni a volte estreme;

- 4) gli atteggiamenti di empatia e di sentimento sociale posti in essere da individui o gruppi;
- 5) l'incidenza dell'aggressività intrafamiliare causata dalla convivenza forzata;
- 6) l'impossibilità di elaborare il lutto sia perché la persona cara è stata ricoverata in ospedale e non ne è più uscita sia perché non se ne è potuto celebrare il funerale;
- 7) l'incidenza della comparsa di disturbi del comportamento alimentare ed autoleisionistici;
- 8) l'eventuale aumento nei giovani, visto il forzato soggiorno in casa, dei comportamenti patologici in rete e, vista anche la minore sorveglianza da parte degli adulti in quanto ritenuti connessi alle lezioni on line, di *cybersexual/addiction* e *computer addiction*;
- 9) l'efficacia della psicoterapia su piattaforme on line.

VI. Conclusioni

La pandemia da virus SARS-CoV-2 ha indotto un'epidemia di articoli su riviste scientifiche, per cui a metà del mese di maggio di quest'anno gli articoli relativi sono arrivati a 23.000 di cui 4.000 nella seconda settimana del mese [19]. I tentativi di svelare il perturbante e di combatterlo sono proliferati col rischio che la divulgazione su internet e su riviste non scientifiche si traduca in disinformazione.

Al di là dello studio della struttura del virus e dei suoi effetti clinici ed epidemiologici, devono essere valutate le reazioni degli individui e delle masse alla malattia. Se leggiamo le cronache della peste di Venezia nel 1576, di Londra nel 1665, e di Marsiglia nel 1720, emerge netto il bisogno delle autorità di aggrapparsi inizialmente a rassicuranti resoconti medici che negavano la virulenza della malattia.

Tutte le problematiche economiche relative all'acquisto di apparecchiature per la respirazione assistita e ai dispositivi di protezione individuale, la necessità di "sanificare" ogni cosa con conseguenti intossicazioni di disinfettanti, la minaccia di sanzioni per chi non rispettava il lockdown sono riassumibili nella dichiarazione di un funzionario sanitario palermitano durante la peste del 1576, secondo cui per combatterla, erano necessari «oro, fuoco e forca» (56, p.65). Oro per pagare i magistrati sanitari, i medici e gli addetti, fuoco per distruggere gli oggetti contaminati e la forca per chi non rispettava le disposizioni.

Le cronache di Tucidide sulla peste di Atene del 430 a. C. e di Samuel Pepys della peste di Londra del 1665 sono attualissime per quanto concerne la descrizione delle reazioni delle persone. Nella nostra vita si è verificata l'irruzione del perturbante, ma non è un'entità sconosciuta ed aliena; solamente ce ne eravamo dimenticati, ma ora ne siamo fin troppo consapevoli: dipende dalla nostra capacità di resilienza e dal nostro sentimento sociale non bloccarci in uno stato di paura ossessiva che generi soltanto nuovi regolamenti più o meno utili, ma essere costruttivi tenendo conto che tutti noi ci

dobbiamo prendere cura di un condominio in cui abitano quasi otto miliardi di persone. Non sappiamo ancora quale sarà l'andamento di questa pandemia, se saranno i farmaci o il vaccino o l'immunità di gregge a sconfiggerla.

L'epidemia d'influenza da virus H1N1 nota come "spagnola" tra il 1918 e il 1919 in tre ondate contagiò 500 milioni di persone e ne fece perire tra i 50 ed i 100 milioni. Successivamente per quarant'anni divenne endemico, ma attenuato e il ceppo venne estinto nel 1957 dal virus H2N2 che determinò la pandemia dell'"asiatica". In pratica un virus ha estinto un altro, ma non si sa bene come.

Mi si consenta di concludere *questo articolo* con un'osservazione personale. Quando nel 2015 lo scrivente consigliava entusiasta ad amici la lettura di *Spillover* [62] venne considerato un menagramo; vi consiglio di leggerlo perché il next big one è arrivato...e noi siamo un ottimo banchetto.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
2. ADLER, A. (1935), The fundamental views of individualpsychology, tr. it. I concetti fondamentali della Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 33: 5-9.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.), tr. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, quinta edizione, Cortina, Milano 2014.
4. ANDREOLI, V. (2001), La fatica della normalità. *Quaderni Italiani di Psichiatria*, 20,1: 25-35.
5. BARSKY, A. J., KLERMAN, G. L. (1983), Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles, *Am. J. Psychiatry*, 140: 273-283.
6. BERNER, P., NASKE, R. (1976), voce Delirio, in MULLER, C. (a cura di), *Lexicon der Psychiatrie*, tr. it. *Lessico di Psichiatria*, Piccin, Padova 1980: 162-180.
7. BERTRAND, J. (1779), *Relation historique de la peste de Marseille en 1720*, J. Mossy, Amsterdam.
8. BINSWANGER, L. (1957), *Schizophrenie*, Neske, Pfullingen.
9. BIONDI, M. (1996), *La mente selvaggia*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
10. BONANNO, G. (2004), Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?, *American Psychologist*, 59: 20-28.
11. BOURKE, J. (2005), *Fear. A Cultural History*, tr. it. *Paura. Una storia culturale*, Laterza, Bari 2007.
12. BOVERO, A., TORTORICI, M., TORTA, R. (2017), La demoralizzazione del paziente oncologico nella fase terminale della malattia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 81: 85-97.

13. BROWN, R. J. (2004), Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: an integrative conceptual model, *Psychol. Bull.*, 130: 793-812.
14. BRUHIER D'ABLAINCOURT, J. J. (1749), citato in DE CEGLIA, F. P. (a cura di, 2014), *Storia della definizione di morte*, Franco Angeli, Milano.
15. CAMERON, N. (1959-1966), Stati paranoici e paranoia, in ARIETI, S. (a cura di, 1969), *American Handbook of Psychiatry*, tr. it. *Manuale di Psichiatria*, Boringhieri, Torino 1969:709-42.
16. CAMPBELL-SILLS, L., COHAN, S. L., STEIN, M. B. (2006), Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour research and Therapy*, 44: 585-599.
17. CANETTI, E. (1960), *Masse und Macht*, tr. it. *Massa e potere*, Tascabili Bompiani, Milano 1988.
18. CASULA, C. C. (2011), *La forza della vulnerabilità. Utilizzare la resilienza per superare le avversità*, Franco Angeli, Milano.
19. CATTANEO, M. (2020), Un altro record del coronavirus, *Le Scienze*, 622: 7.
20. COHEN, F., LAZARUS, R. S. (1979), Coping with the stresses of illness, in STONE, G. C., COHEN, F., ADLER, N. E. (a cura di), *Health Psychology*, Jossey Bass, San Francisco: 94-126.
21. DE CEGLIA, F. P. (2014), La morte e la paura, in DE CEGLIA, F. P. (a cura di, 2014), *Storia della definizione di morte*, Franco Angeli, Milano: 303-328.
22. DOUGLAS, M. (1966), *Purity and Danger: An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo*, tr. it. *Purezza e pericolo*, il Mulino, Bologna 1991.
23. FASSINO S. (1987), Tempo libero e psicopatologia della ricreatività, in ROVERA, G.G. (a cura di, 1987), *Ecologia ed Igiene mentale*, Centro Scientifico Torinese, Torino: 171-81.
24. FASSINO, S., ABBATE DAGA G., LEOMBRUNI, P. (2007), *Manuale di psichiatria biopsicosociale*, Centro Scientifico Editore, Torino.
25. FERRERO, A. (1995), *Insula dulcamara. Studi di psicologia e psichiatria dinamica*, Centro Scientifico Editore, Torino.
26. FERRERO, A., SIMONELLI, B., FASSINA, S., CAIRO, E., ABBATE DAGA, G., MARZOLA, A. E., FASSINO, S. (2016), Psychopathological Functionig Levels (PFLs) and their possible relevance in psychiatric treatments: a qualitative research project, *BMC Psychiatry*, 16: 253.
27. FRANK, J. D. (1973), *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*, Revised Edition, Johns Hopkins University Press, Baltimora MD.
28. FREUD, S. (1919), *Das Unheimliche*, tr. it. *Il perturbante*, OSF, vol. IX, Boringhieri, Torino 1977:77-118.
29. FREUD, S. (1920), *Jenseits des Lustprinzips*, tr. it. *Al di là del principio del piacere*, OSF, vol. IX, Torino 1977:187-249.
30. GABBARD, G. O. (2014), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, tr. it. *Psichiatria psicodinamica*, Cortina, Milano 2015.
31. GALIMBERTI, U. (2018), voce Paura in Galimberti, U., *Nuovo Dizionario di Psicologia*. Feltrinelli, Milano: 884.

32. HALL, E. T. (1959), *The silent language*, Doubleday & Co, Garden City, N. Y.
33. HALL, E. T. (1966), *The Hidden dimension*, Doubleday & Co, Garden City, N.Y.
34. HEIDEGGER, M. (1927), *Sein und Zeit*, tr. it. *Essere e tempo*, Utet, Torino 1969.
35. HINSIE, L. E., CAMPBELL, R. J. (1970), *Psychiatric Dictionary*, tr. it. *Dizionario di Psichiatria*. Astrolabio, Roma 1979.
36. HUBER, G., GROSS, G. (2010), voce Delirio in MAJ, M., MAGGINI, C., SIRACUSANO, A. (a cura di), *Lessico di Psicopatologia*, Il Pensiero Scientifico, Roma: 121-126.
37. JASPERS, K. (1959), *Allgemeine Psychopathologie*, tr. it. *Psicopatologia generale*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
38. KAPLAN, B. J., SADOCK, V. A., RUIZ, P. (2015), *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*, tr. it. *Sinossi di Psichiatria*, Piccin, Padova 2018.
39. KERNBERG, O. (1976), *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*, tr. it. *Teoria della relazione oggettuale e clinica psicoanalitica*, Bollati Boringhieri Torino 1980.
40. KIERKEGAARD, S. (1843), *Enten-Eller (Aut-Aut)*, tr. it. *Enten-Eller*, tomo III, Adelphi, Milano 1987-1989.
41. KLEIN, D. F. (1974), Endogenomorphic Depression- A Conceptual and Terminological Revision. *Arch. Gen. Psychiatry*, 31: 447-454.
42. KLEIN, D. F. (1976), Differential Diagnosis and Treatment of the Disphorias, in GALLENT, D. M., SIMPSON, G. M. (a cura di), *Depression: behavioral, biochemical, diagnostic and treatment concepts*, Spectrum Publications Inc., New York: 64-90.
43. KLEIN, D. F., GITTELMAN, R., QUITKIN, F., RIFKIN, A. (1980), *Diagnosis and Drug Treatment of Psychiatric Disorders: Adults and Children*, Second Edition. William & Wilkins, Baltimore.
44. KLEIN, M. (1957), *Envy and Gratitude (a study of unconscious sources)*, tr. it. *Invidia e gratitudine*. Martinelli, Firenze 1969.
45. LAUGHLIN, H. P. (1956). *The Neuroses in Clinical Practice*, tr. it. *Le nevrosi nella pratica clinica*, Giunti e Barbera, Firenze 1967.
46. LEOVICI, S. (1983), *Le nourisson, la mère et le psychanalyste*, tr. it. *Il bambino, la madre e lo psicoanalista*, Borla, Roma 1988.
47. LINGIARDI, V., McWILLIAMS, N. (2017), *Psychodynamic Diagnostic Manual: PDM-2 (Second Edition)*, tr. it. *Manuale Diagnostico Psicodinamico (seconda edizione) PDM -2*. Cortina, Milano 2018.
48. MAGGINI, C. (1996), La demoralizzazione, *Rivista sperimentale di Freniatria*. 120,4: 613-646.
49. MAGGINI, C., DALLE LUCHE, R. (1991), *Il paradiso e la noia. Riflessioni metapsicologiche sulla noia morbosa*, Bollati Boringhieri, Torino.
50. MAJ, M. (1995), *Demoralizzazione e Depressione*, Relazione presentata alla Giornata di Studio "Controversie in Psichiatria", Roma 6 maggio 1995.
51. MARTIN, R. L., YUTZY, S. H. (1997), Somatoform disorders, in TASMAN, A., KAY, J., LIEBERMANN, J. A. (a cura di) *Psychiatry*, W. B. Saunders, Philadelphia PA: 148-195.

52. MASLOW, A. (1954), *Motivation and Personality*. Harper & Row, tr. it. *Motivazione e personalità*. Armando, Roma 1973.
53. MATTALUCCI, C. (2002), Tabù, paure e soggettività, *Atque*, 23/24: 73-93.
54. McNEILL, W. (2001), L'influenza delle influenze, *La rivista dei libri*, 11, 2: 38-41.
55. MORRIS, D. (1971), *Intimate Behaviour*, tr. it. *Il comportamento intimo*, Mondadori, Milano 1972.
56. NAPHY, W., SPICER, A. (2004), *Plague. Black Death and Pestilence in Europe*, tr. it. *La peste in Europa*, il Mulino, Bologna.
57. NORRIS, F. H., STEVENS, S. P., PFEFFERBAUM, B. et al. (2008), Community Resilience as a Metaphor, Theory, Set of Capacities, and Strategy for Disaster Readiness. *American Journal of Community Psychology*, 41: 127-150.
58. OLIVERIO FERRARIS, A. (2003), *La forza d'animo*, Rizzoli Milano.
59. PIGNATELLI, A. M., PENNISI, M., BIONDI, M. (2010), Stress e Resilienza: alcuni aspetti in medicina psicosomatica, psichiatria e psicologia, *Med. Psicosom.*, 55,1:35-46.
60. POE, E.A. (1850), *The Premature Burial*, tr. it. *Il seppellimento prematuro*, in POE, E.A. *Racconti del terrore*, Mondadori, Milano 1966: 277-327.
61. PFEIFFER, E. (a cura di), *Sigmund Freud-Lou Andreas-Salomé, Briefwechsel*, tr. it. *Eros e conoscenza. Lettere tra Freud e Lou Andreas-Salomé 1912-1936*, Bollati Boringhieri, Torino 1990.
62. QUAMMEN, D. (2012), *Spillover*, tr. it. *Spillover*, Adelphi, Milano 2014.
63. RADCLIFFE- BROWN, A. R. (1939), *Taboo*, tr. it. *Struttura e funzione nella società primitiva*, Jaca Book, Milano 1972.
64. ROVERA, G.G. (1999), La Psicologia Individuale, in PANCHERI, P., CASSANO, G.B. (a cura di) *Trattato italiano di Psichiatria*, Masson Milano: 3529-3537.
65. SANDAL, M. (2020), Virus in laboratorio tra rischi e benefici, *Le Scienze*, 621: 35-39.
66. SILVERSTEIN, A. (1979), *Conquest of Death*, tr. it. *La Conquista della Morte*, Sperling & Kupfer, Milano 1982.
67. TORRE, M. (1957), La categoria del possibile in psicopatologia, *Note e Riv. di Psichiatria*, 50: 647.
68. TVERSKY, A., KAHNEMANN, D. (1986), Rational choice and the framing of decisions, *Journal of Business, Economic Statistics*, 59, 4: 297-323.
69. WINSLOW, J. B. (1740), citato in de CEGLIA, F. P. (a cura di, 2014), *Storia della definizione di morte*, Franco Angeli, Milano.

Sergio De Dionigi
Via Costantino Nigra 10
I-13100 Vercelli
E-mail: serdedio53@gmail.com