

**Topografia della Speranza.
Volti, Corpi ed Emozioni ai Tempi del COVID-19**



A cura di
**Francesca Brencio
Valeria Bizzari
Ferruccio Andolfi**

Pubblicazione monografica de I Quaderni della Ginestra

<http://www.la-ginestra.com/quaderni/>



In copertina Angela Cacciamani, *Cretto e oro. Multistrato*, 2020

Per gentile concessione dell'autrice.

Tutti i diritti dell'utilizzo dell'immagine sono riservati.

*Ho detto alla mia anima di stare ferma, e di stare ad aspettare senza sperare.
Perché sperare sarebbe sperare la cosa sbagliata;
Di stare ad aspettare senza amore.
Perché l'amore sarebbe amore per la cosa sbagliata;
Ma resta ancora la fede.
Ma fede e amore e speranza sono tutte nell'attesa.
Aspetta senza pensare, perché non sei pronto per pensare.
E allora l'oscurità sarà luce, e l'immobilità danza.*

T. S. Eliot

Indice

<i>Presentazione</i>	p. 5-11
Sezione I: Fenomenologia e Psicologia	
Anita Reischmann, Angela Vöhringer, Prisca R. Bauer <i>Post-traumatic growth in the COVID-19 pandemic. A personal account and recommendations for clinical practice</i>	p. 13-21
Anna Donise <i>Il virus ci rende folli? Con Ernesto De Martino tra apocalisse e speranza</i>	p. 22-30
Susi Ferrarello <i>Solastalgia. Ansia da Quarantena</i>	p. 31-40
Nicoletta Ghigi <i>Fenomenologia della paura: passare attraverso la tempesta per rinascere</i>	p. 41-48
Sezione II: Storia della Filosofia e Filosofia Politica	
Paolo Costa <i>Il prima e il dopo Quanto sono realistiche le speranze in un cambiamento radicale della nostra forma di vita?</i>	p. 50-56
Riccardo Di Biase <i>Agire la speranza. Considerazioni girovaghe</i>	p. 57-66
Paolo Ercolani <i>Homo Homini Vir(t)us. Nietzsche, Hayek, Popper: Nichilismo, ordine spontaneo e speranza razionale</i>	p. 67-77
Sezione III: Filosofia Teoretica e Filosofia Morale	
Eugenio Mazzarella <i>Dopo la pandemia: due riflessioni. L'ecumene che ci serve. Salvare la "presenza"</i>	p. 79-84
Annia Pia Ruoppo <i>L'agire come fondamento ultimo della speranza nella prospettiva di Jean Paul Sartre</i>	p. 85-97
Roberta Guccinelli <i>Speranza (tacita) e resilienza</i>	p. 98-109
Gli autori	p. 110-112
I Curatori	p. 113-114
La Rivista	p. 115



Abbraccio fra medici – particolare

Sezione I
Fenomenologia e Psicologia

Post-traumatic growth in the COVID-19 pandemic - a personal account and recommendations for clinical practice

Anita Reischmann, Angela Vöbringer¹, Prisca R. Bauer^{1}*

I. Introduction

The COVID-19 pandemic has challenged us all. All our lives are transformed by the new rules of physical distancing. Livelihoods have been affected, and the way we spend our leisure time has changed. People who have been infected with the virus have been affected twice; by the virus itself and also by the new rules and regulations. People who have a serious infection requiring intensive care are especially at risk for trauma as the duration of intensive care treatment of COVID-19 pneumonia is often several weeks and involves prone positioning. In this paper, we want to address the potential for growth that can emerge out of such an experience that can be deeply traumatic. We describe the experience with a COVID-19 pneumonia on the intensive care first hand, and complement this account with a brief overview of literature on post-traumatic growth. We hope that this account will provide hope, inspiration and pointers on how to facilitate post-traumatic growth in people who have needed intensive care for COVID-19 pneumonia.

II. Prologue

My name is Anita Reischmann, I was a seeker and by the end of 2018 I left everything that seemed important to me until then. In August 2018 I suffered my 2nd, this time very strong bilateral pulmonary embolism. In the rehabilitation in October I met Alex. We saw each other and there was something special, we felt something, but we did not admit it to ourselves. After open conversations we acknowledged that we both were in supposedly happy relationships. So, we decided to be good friends. I returned home from the rehabilitation in October 2018, but somehow nothing was the same. I left my husband in November 2018. Security and everything that had seemed important to me until then, meant nothing to me anymore. I questioned the values of my old life. The confrontation with mortality had made me aware that I had a different set of values than my husband. We separated and I left almost everything behind. In the time that followed I was desperate, sad, helpless, depressed and lonely, I did not know myself anymore and was disoriented. I was completely overwhelmed by having to find a direction for myself for the first time. It was new for me to formulate my needs and my values. After a

* ¹ Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, University Medical Center Freiburg, Hauptstraße 8, 79104 Freiburg, Germany. Corresponding author: Dr. Prisca R. Bauer (prisca.bauer@uniklinik-freiburg.de).

long search I found a nice, small apartment for my dog and me, idyllically situated between the forest and the lake with nice landlords. I felt so fortunate!

In the middle of April, I took a break for 6 weeks, and worked on an organic chicken farm, of course with my dog. The loneliness was often unbearable and painful. But the work and the loving family grounded me. I decided to follow my long-held wish and registered for a course on medicinal plants. Back home, I was still unable to resume my work, so my employer put me into temporary retirement. Another bitter loss, which brought many fears. I found a part-time job in a health food store that I enjoyed and that enriched me. I registered for the annual training for wild herb guides, and I also took courses in reflexology. Life had me again! But I still did not know where I was going. During all this time, Alex was always there for me and a relationship developed out of this friendship. Yet for me it was open, was he just a stepping stone or a companion into my new life? I wanted to see how everything would develop!

III. COVID-19 related illness and intensive care treatment – a personal account

Then I fell ill with COVID-19 on 11.03.2020. It started with a strange, light and dry cough and aching limbs. The next day brought fever, but by the weekend I felt much better. On Friday the fever was as good as gone and I was able to go for an herb walk with a friend and my dog. Yet on 14.03. the fever rose to 40,1°C. On 17.03. I had a blood test at my GP, and was sent to the hospital for a COVID-19 test. The hospital was overwhelmed and tests were only done upon appointment, so I was turned away. As I was not especially at risk, I was told that I would get better within 2 weeks. The fever went up and down, I was increasingly exhausted. According to my blood test I had a viral infection. On 21.03. I had an appointment at the hospital and was tested, but the result was negative. On 25.03. I wrote my friend Marianne "the fever and cough are very present at night. But with medication I suppressed it. My body is just so weak, shaky and unstable that I can hardly take 3 steps, it's all really exhausting. I need to be patient! On 26.03. my pulse was racing and I felt really out of breath. I asked Alex to call an ambulance. It turned out my oxygen saturation was only 74%. I was immediately admitted to the intensive care unit of the local hospital, intubated and put on invasive ventilation.

I experienced the time in the intensive care unit in the local hospital as if under a veil. Although I was very well cared for by the friendly nursing team who combed, braided and washed my hair, I was isolated and no visits were allowed. Alex called at least twice a day and asked about me and my condition, but I could not answer because I was intubated and ventilated. The knowledge that he was taking care of everything outside the hospital reassured me. He informed my family, friends, took care of my dog and took care of my daily life. He became the most important bridge between me and the world outside the hospital.

Because my condition was worsening on a daily basis, I was transferred to the university hospital in Freiburg on the 10th of April by rescue helicopter for more invasive treatment. I accidentally extubated myself that same day. I was heavily sedated so I did not experience the transfer consciously, but I dreamed of it: two emergency doctors picked me up with the ambulance, but they were corrupt and left me in the ambulance at the level crossing in a nearby village. Somehow, I managed to get out of the ambulance and crawled across the pedestrian zone. It was already dark, but a cafe was still open. I wanted to pull myself up the stairs and asked the landlord for help, but he just laughed scornfully and said "if you can't come up yourself, you're unlucky!" My dog was outside the cafe, I would have liked to have her with me, but she was locked out and I was lying on the stairs and could not move. The next morning, I was finally collected by people from the red cross. Doctors also became aware of me, they knew my name, which surprised me. They also asked if I knew where I was? Of course, I was in Markdorf I said, but they said I was in Freiburg. It was very puzzling! This is how I experienced the transfer to the university hospital in Freiburg.

Between 09.04 and 01.05.2020 I was turned in a prone position several times to facilitate the oxygenation. Because of the extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) and the 18 prone positions I was heavily sedated, and I was unaware of how seriously ill I was.

I had a total of three nightmares, two of which were due to the prone positioning which I experienced similarly each time. During the day I was lovingly cared for, my hair was braided into a French braid, I was made up and dressed. They said "now we are going to make Mrs. Reischmann really beautiful", because in the evening we went on a party boat. My friend Conny was also there, in both dreams. But the boat resembled an abduction, we heard the music and the atmosphere, but we woke up in the bow of the boat. I had the feeling I was suffocating; I was immobilised up to the head as we were gagged and tied up. My body was paralysed. What the kidnappers wanted to do with us was unclear, but they obviously enjoyed torturing us and they made sure that we remained motionless.

The 3rd nightmare was the pulling of the tubes from the ECMO at the start of May 2020, I could hardly bear the pain, I was constantly screaming and moaning. I asked them to loosen the pressure bandages for me, please. But always the same answer "the bandages have to stay on for at least 12 hours, no risk should be taken". I was going crazy with pain. That was the most painful night for me during the whole stay on the intensive care.

IV. What helped and supported

The entire nursing team at the intensive care worked with much dedication and motivation, hand in hand. This friendly way of being with each other was transferred to me. I was well cared for. Whenever I was approached, I was told that I was their daily motivation for their work. Of course, this motivated me to

keep on fighting. Despite the scepticism of the doctors coming from regular medicine, they allowed me to take a homeopathic remedy that was recommended by my GP. It is irrelevant whether this helped but the accepting attitude of the doctors in the hospital towards my beliefs strengthened my trust in them. My family set up a Whatsapp group on in April with the following text:

Dear ones

Anita needs us now more than ever!

Let us unite in this group with all the love and wisdom that is possible for everyone. Whether in prayer, meditation, positive thoughts, burning candles, letters with humor and good news - everyone in his or her own way and at the same time united, knowing that doctors and nurses are doing everything to help Anita catch her breath. And the trust that the creator of all things watches over her with a protecting hand.

Even though I was sedated, I felt the support of the many positive thoughts, the prayers, the many letters that were read to me. I was allowed to feel the power of this loving sympathy. I was happy and very contented. I felt blissfully carried, knowing that my boyfriend, my family and all my friends were taking care of everything. The thought of dying came up, but it did not matter to me. I did not feel any fear and I was sure to be allowed to live on, but the only important thing was that my dog was well taken care of and I did not have to worry about anything. So, I let everything go and surrendered to trust. I was happy, I floated, I felt a peaceful calmness within, it was just beautiful. My transformation had begun!

My friend Marianne seemed to know that my time on earth was not finished yet, here is an excerpt of a letter she wrote in April

Dear Anita,

I am sitting on the terrace, it is warm. The sky is blue, but this time interrupted by little clouds.

I just lit a candle that I received as a present when I came home from the hospital [myself]. It burns beautifully when the wind leaves it alone. But it also continues to burn when the wind blows stronger and it keeps on burning.

I am so proud of you! How you are able to do it so full of strength, physically alone, but you know that you are never alone. I meditated, prayed and cried and I tried to get in contact with you. I hoped for a sign from you and this morning I got it!

Do not forget that you have wings! Let your body heal. In your thoughts you can do everything. You can walk in the forest, hike on mountains, swim in the sea and I am sure that you sent me this sign so that I know that you are fighting.

The wind got stronger now, but my little candle doesn't mind anymore, because it made it and burned down so far that the wind can't reach it in the glass anymore. You will do exactly the same thing. You will resist this virus until it can't harm you anymore.

A transformation was taking place. I started to see myself as a valuable person. The nursing staff [of the intensive care unit] made me feel special during my entire hospital stay and little by little I started to feel worthy. Staff often mentioned that I was a miracle, a special person and an exception. For the first time I felt proud of myself. One morning (I do not exactly remember when) I woke up and was completely at peace and happy with myself. During the night, I had forgiven myself for the separation from my

husband, for the hurt. Instead, I just felt happiness and endless gratitude. I felt deeply at peace within myself and could love myself.

It was extremely motivating to receive visits in the intensive care unit. To feel the closeness and the love of a person I had a strong bond with. Every time a visit was announced and the isolation was broken, I felt a shimmer of hope. Alex visited me the first time on April 17th, 2020, I only remember it vaguely, I heard his voice and was aware of his loving words and his presence. He was there, that made me very happy!

He wrote on the WhatsApp group: "*Anita was read a little from the letters she received and it seems to do her good to know that everything is fine out there and everyone is well. It also gave her a little boost that I was allowed to visit her yesterday*".

Alex visited me at least twice a week, and my friend Conny also came several times. It often felt like a dream, yet very close and tangible. From time to time I was aware of the visitors, but only in short bursts of time, since I was still heavily sedated.

My recovery was complicated by the development of a spontaneous pneumothorax requiring chest drainage and a bacterial superinfection of the lung with a resistant *Pseudomonas aeruginosa*, but on the 05.05.2020 the lung machine was finally taken out, I was extubated on the 18.05.2020, and on the 11.05 I could leave the intensive care unit. In the start of June 2020, I was discharged from hospital and spent 5 weeks in rehabilitation to regain my strength.

Before leaving the hospital, I wished to go back to the intensive care to thank the amazing nursing team and say goodbye to them. It was a wonderful feeling and a great joy to be back, as I had learnt quite some things since leaving the intensive care: I could talk, sit in a wheelchair and breathe by myself.

I would not have wanted to miss these experiences. They allowed me to learn patience. One step after the other, less is more. I learned to listen to my heart, to follow my intuition. I now have learned to say "No".

In the end, I found my roots. My daily companions are gratitude, joy and trust in God. I am grateful for the life that I am allowed to lead here and now. I feel it is the beginning of a wonderful time. Now, four months after my discharge from hospital, I still feel very limited physically due to the lung damage, the strain on the right side of my heart and the lack of musculature and condition. What is much more important for me though is my psychological condition, because every day that I can feel gratitude and joy makes me content.

V. Post-traumatic growth – state of the art

Shortly after she was discharged from the intensive care unit, I (PRB) was asked to lend psychological support to Mrs Reischmann in my capacity as psychosomatic liaison doctor. She was struggling with the

aftermath of her stay on the intensive care unit, having nightmares and feeling extremely weak. She told me about the pulmonary embolism and recent split from her husband. A lot had happened in her life in a very short time. Despite her deep struggle, I was struck by how she was dealing with these experiences. Words like “positive” and “constructive” did not do this process justice. It was something more fundamental. She was in touch with the very meaning of existence and while she was recovering physically, I felt she was also struggling to recover meaning of life itself.

“Exposure to actual or threatened death or serious injury or sexual violence, directly, as a witness, or learning about a violent or accidental event experienced by a family member or close friend, or repeated exposure or extreme exposure to aversive details of events” is defined as “trauma” in the DSM-5. It is a perceived threat to the physical and psychological integrity of the person, and challenges core beliefs. It is often experienced as a watershed moment, with a distinctive “before” and “after”.¹ The immediate reaction to trauma is an acute stress-reaction (ICD-10 F43.0), and can be followed by a post-traumatic stress disorder (ICD-10 F43.1), or a complex traumatisation with changes in personality. What these diagnostic manuals do not mention is the potential for growth in the context of trauma. Reading the account of Mrs Reischmann above, it may be surprising how she could understand and experience such a serious illness due to COVID-19, on top of everything else she had experienced recently before as a positive transformation. Is she an extraordinarily positive or optimistic person, or is it something else?

Psychological growth and transformation after a traumatic event is termed post-traumatic growth² and denotes change after a traumatic event that can manifest in different areas of life, including a deeper appreciation of life, deeper social relations, increased personal strength, new priorities in life and increased sensitivity for spirituality.² We can see this deeper appreciation of life and increased sensitivity for spirituality reflected in the account of Mrs Reischmann. A distinction is made between “resilience” and post-traumatic growth. Resilience is usually considered to be an ability to go on with life after hardship and adversity, or to continue living a purposeful life after experiencing hardship and adversity.¹ It is a return to the level of functioning before the traumatic event. In post-traumatic stress, people do not return to their way of functioning before the traumatic event and their life is impaired. Post-traumatic growth denotes a transformation in which people feel their life is enriched compared to before the trauma. Importantly, post-traumatic stress and post-traumatic growth can co-exist, and it is important to underline that the presence of growth is not the end of the pain or distress, and that although the growth is experienced as something positive, the event itself is not.¹ The traumatic event is not the cause for the transformation but the catalyst of a process that happens in its aftermath.

VI. How does post-traumatic growth occur?

Much research has been conducted in the past decades to better understand the characteristics of post-traumatic growth, yet it is still not fully understood. Different models explain this process. A common denominator is of course the life event, trauma, or stressor, that has to be strong enough to challenge or even shatter core beliefs.¹⁻⁴ It has been compared to an earthquake or seismic event. In the account of Mrs. Reischmann, we can recognise two such events: the first is the pulmonary embolism, subsequent rehabilitation and meeting of Alex, after which she says “nothing was the same”. The second is the COVID-19 related illness and hospitalisation. In the initial stages after the trauma, the person needs to be able to manage the associated distress and emotions, and also experience some positive emotions, despite the trauma.^{1,3} In the account of Mrs Reischmann, we can read how, after the split from her husband, she found solace from loneliness and depression in being with her dog and going for walks in nature. Supportive others also seem important in supporting growth, as they provide an opportunity to create new narratives about the events that occurred and offer perspectives that can be integrated into new beliefs or schemata (Tedeschi & Calhoun).² For Mrs Reischmann, having the support of others was extremely important, especially while she was in the hospital with COVID-19. The process of post-traumatic growth may thus be summarised in three phases: i) the trauma and destruction of old values ii) damage control, coping and managing distress iii) reconstruction and rebuilding a narrative. In line with this, a study found three factors to be important for growth to occur: the presence of positive emotions in the aftermath of trauma, social support and creating of meaning from what happened.⁵ In the case of Mrs Reischmann, we can guess that the destruction of old values started when she had her second pulmonary embolism and was confronted with mortality and subsequently left her husband. The time between these events and the infection with COVID-19 may have been a phase of coping and managing distress, with another life challenging event caused by the intensive care treatment for the COVID-19 infection. The third phase of reconstruction may have started during the recovery from COVID-19. Growth after a life-changing event does not appear to be so rare: A recent meta-analysis found that the prevalence of post-traumatic growth across studies ranged from 10% to 77.3%, and estimated the combined prevalence at 53%.⁶ It was found that post-traumatic growth occurs in a variety of populations, after widely different traumatic or life-changing events.⁶ Another meta-analysis, however, suggested that life-events (whether positive or negative) may not be a requirement for psychological growth, and that growth can happen independently of such events.⁷

What can a team do to facilitate post-traumatic growth? Post-traumatic growth is both an outcome and a process.¹ There is no one single cause for it, and it is not a predictable linear process. It is likely that every human being has the potential for growth after a shattering event. Clinicians can support this potential in several ways. Traumatic events are accompanied by suffering, loss, anxiety, fear, desperation

and shame and guilt, and these emotions narrow the ability of the person to see different perspectives and possibilities. Brief moments of positive emotions, however short they may be, open new opportunities for people and facilitate entering into relation with others. Clinicians should not only acknowledge and validate the difficult emotions people are facing after a traumatic event, but also carefully encourage them to focus on positive emotions and progress, however small they may be. For example they can suggest to people to each evening write three things they were grateful for or that gave them a little bit of joy.⁸ For people on the intensive care, it can be communicating positively about small improvements, reading messages of encouragement from friends and family and taking the time to give someone extra (non-medical) care, like braiding their hair. Another way that clinicians can support patients is in finding meaning in what happened, and by helping them reconstruct their narrative.

VII. The dangers of post-traumatic growth

As we have seen from Mrs Reischmanns account, the potential for post-traumatic growth gives hope and can give an entire team hope, that in turn supports a person in distress. This way, there can be a strong circular process of mutually giving each other hope. However, clinicians and a team should never expect post-traumatic growth to happen. People follow their own individual trajectories and their own personal development. Expecting growth can hamper this individual process. It is important for clinicians to see people in their entirety. The post-traumatic process is one of paradoxes.¹ Growth originates from loss, and a feeling of inner strength can come from a confrontation with intense vulnerability. There should be space for people to experience and express these contradictions without expectations for improvement or growth.

In the COVID-19 pandemic, the roles of clinical teams have shifted. With measures of isolation and restrictions for visitors, clinical teams often represent the only in-person relationships that people with COVID-19 infections on the intensive care unit have. The clinical teams have become important not only in providing life support, but also in providing existential support. Their encounters with suffering human beings have become vital in a physical and in a relational, psychological, sense. At the same time, the COVID-19 pandemic presents a great challenge for the clinical teams themselves, with many insecurities. The lives and work of health care workers have been shattered too: on a medical level, by the confrontation with this new unknown illness that seems to obey different rules and seems so unpredictable. On a human level, since in the beginning of the pandemic people who were infected with COVID-19 were not allowed to receive visits to protect their friends and families from the virus, which lead to clinical teams having to witness many people dying alone. In many areas of the world, the teams were (and still are) overwhelmed by the sheer number of people admitted with severe symptoms, and in addition the lack of adequate protective gear. In their personal life, many health care workers have (had)

to live separately from their families to protect them from a potentially deadly infection. Because of the lockdowns, social support and chances to recuperate and recharge their physical and emotional batteries were reduced.

At the beginning of the pandemic, the situation in our hospital in Freiburg, in South-western Germany was tense. Hospital services in France, less than 100km away, were overwhelmed, the teams overworked and strained. When Mrs Reischmann was admitted in Freiburg in April, the hospital and the teams were well prepared. The intensive care unit capacity was increased to over 100 beds. At the peak of the first wave only 40 of those were used, and no-one had to be refused life-saving treatment or ventilation. This most certainly contributed to the possibility to give Mrs Reischmann adequate care, on a medical and on a human level. Her account underlines how important it is, especially in these times of social isolation, to encounter people in the hospital as human beings with a potential for suffering and growth. It shows the importance of human contact and relationship, especially with loved ones. In this critical time, contact should be facilitated in whatever way possible.

The COVID-19 pandemic may be a seismic event for each and every one of us in different ways. Some have even called it a collective trauma. Yet we should not forget that every trauma harbours the potential for growth. We hope that this paper is a reminder that our best chance for growth lies in the human connection we share, despite isolation physical distancing. This connection can carry us through suffering and insecurity and give us hope.

With this account, we want to show that deeply traumatic and life-changing events, such as the survival of COVID-19 pneumonia, intubation and long-term intensive care, have the potential to catalyse personal growth and to give hope to teams dealing with such severe illness.

Notes:

¹ Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychol Inq* 2004;15(1):1–18.

² Tedeschi RG, Calhoun LG. The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress* [Internet] 1996;9(3):455–71. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/jts.2490090305>

³ Mangelsdorf J. Posttraumatisches Wachstum Posttraumatic growth. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie* 2020;19(1):21–33.

⁴ Tedeschi RG, Calhoun L. Posttraumatic Growth: A New Perspective on Psychotraumatology. *Psychiatr Times* [Internet] 2004;21(4):8–14. Available from: <https://www.bu.edu/wheelock/files/2018/05/Article-Tedeschi-and-Lawrence-Calhoun-Posttraumatic-Growth-2014.pdf>

⁵ Mangelsdorf J, Eid M. What makes a thriver? Unifying the concepts of posttraumatic and postecstatic growth. *Front Psychol* [Internet] 2015;6. Available from: <http://journal.frontiersin.org/Article/10.3389/fpsyg.2015.00813/abstract>

⁶ Wu X, Kaminga AC, Dai W, et al. The prevalence of moderate-to-high posttraumatic growth: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* [Internet] 2019;243:408–15. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032717326009>

⁷ Mangelsdorf J, Eid M, Luhmann M. Does growth require suffering? A systematic review and meta-analysis on genuine posttraumatic and postecstatic growth. *Psychol Bull* [Internet] 2019;145(3):302–38. Available from: http://pages.ucsd.edu/~nchristenfeld/DoG_Readings_files/Class_2_-_Ainslie_1975.pdf

⁸ Emmons RA, McCullough ME. Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *J Pers Soc Psychol* [Internet] 2003;84(2):377–89. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0022-3514.84.2.377>

Il virus ci rende folli? Con Ernesto De Martino tra apocalisse e speranza

Anna Donise

In un suo recentissimo scritto, il filosofo francese Bernard-Henri Lévy sostiene che la pandemia globale che stiamo vivendo non è, almeno dal punto di vista dei reali effetti che produce, molto diversa da tante esperienze del nostro passato – un passato anche recente¹. La vera differenza sta nella percezione che ne abbiamo, nel nostro sguardo sull'evento: «È in realtà l'intero pianeta, paesi ricchi e poveri in egual misura, quelli che potevano resistere e quelli che potevano crollare, a precipitare in questa idea di una pandemia senza precedenti sul punto di sterminare l'intero pianeta»². Quello che qualifica ciò che stiamo vivendo, che lo rende davvero un evento unico, è questa sorta di vissuto da fine del mondo, di sensazione apocalittica imminente che lo accompagna; ma il punto – ed è questo il lavoro che spetta al filosofo – è domandarsi il perché. La risposta di Bernard-Henri Lévy è quella proposta anche da altri intellettuali, francesi e non: i media e i social media ci sottopongono ad un bombardamento mediatico, informandoci continuamente e dettagliatamente sul numero dei morti e delle terapie intensive occupate, «portandoci in un universo parallelo dove non esistono più altre informazioni, rendendoci letteralmente folli»³. Di qui il suggestivo titolo del suo pamphlet: *Il virus che rende folli*.

La risposta data dal filosofo alla connessione emersa tra virus e apocalisse sembra piuttosto deludente, visto che Lévy si limita, di fondo, ad allinearsi ai tanti che hanno assunto una posizione che oscilla tra la rabbia e la negazione. Il fatto che in passato ci siano stati cinquanta milioni di morti come nel caso dell'influenza spagnola, non sembra essere, di per sé, un buon argomento per replicare l'esperienza. Resta invece molto interessante l'accostamento tra l'esperienza della pandemia e la sensazione di essere prossimi alla fine del mondo. Ma questa connessione è poco più di una suggestione e Lévy perde, a mio avviso, un'occasione, ovvero quella di fornire strumenti che ci aiutino nel tentativo di comprensione concettuale di ciò che stiamo vivendo.

Nelle pagine che seguono, cercheremo con l'aiuto dell'antropologo Ernesto De Martino, di indagare i vissuti di fine del mondo, con l'obiettivo di mostrare le affinità tra alcuni «vissuti apocalittici» e l'esperienza pandemica. Il saggio intende mettere in evidenza il significato che in questo contesto acquisiscono i riti di protezione e, in conclusione, argomentaremo – in linea con De Martino – a favore della cultura intesa come «strategia di resistenza alla crisi» e come luogo della speranza.

I. Apocalissi culturali e apocalissi psicopatologiche

Ernesto De Martino è sempre stato fortemente affascinato dai «vissuti di fine del mondo». Sin dal *Mondo magico*⁴ è presente nella sua riflessione il tema della soggettività esposta al rischio di perdita della *presenza*, al rischio di non poter essere in nessun ordine culturale possibile, che sente la fine del mondo intorno a sé. Tuttavia, è in particolare negli ultimi anni della sua vita, che il tema delle apocalissi emerge con maggiore forza e diviene oggetto specifico di indagine. All'inizio degli anni '60, De Martino comincia a lavorare a un nuovo libro, che non riuscirà a portare a termine, il cui titolo provvisorio era *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*. Ed è con questo titolo che il lavoro venne pubblicato nel 1977, dodici anni dopo la prematura scomparsa dell'antropologo, a cura dell'allieva Clara Gallini⁵. Il titolo non fa esplicito riferimento all'altra forma di apocalisse che, invece, è centrale nel percorso delineato dall'autore, seppur in maniera non definitiva: le apocalissi a carattere psicopatologico. La connessione tra i due tipi di apocalisse emerge chiaramente, oltre che nei materiali preparatori al libro, anche nell'unico saggio che De Martino pubblica in vita dedicato esclusivamente al tema dell'apocalisse, dal titolo *Apocalissi culturali e apocalissi psicopatologiche*, che esce nel 1964⁶.

Cosa si debba intendere con apocalisse culturale è presto detto: «Le apocalissi culturali, nella loro connotazione più generale, sono manifestazioni di vita culturale che coinvolgono, nell'ambito di una determinata cultura e di un particolare condizionamento storico, il tema della fine del mondo attuale»⁷. Ogni cultura elabora il tema di periodiche o possibili distruzioni e rigenerazioni, e infatti le apocalissi culturali hanno varie forme, che vanno dalle immagini arcaiche dell'eterno ritorno, all'apocalisse cristiana che, dall'annuncio di una imminente fine del mondo, passa all'annuncio dell'avvento del «Regno di Dio»; ma è apocalittica anche l'ipotesi marxista della fine di un mondo (quello borghese) cui segue l'avvento di un mondo nuovo.

Pur consapevole delle enormi differenze, De Martino tiene a sottolineare che il tema delle apocalissi riguarda l'uomo in generale e, proprio per non smarrire questa prospettiva «antropologica unitaria», ritiene necessario mettere a confronto tali elementi apocalittici presenti in tutte le culture con la crisi radicale della soggettività che comporta il crollo del proprio mondo: la patologia psichica.

Quello dei «vissuti di fine del mondo» (*Weltuntergängerlebnisse*), è, infatti, oggetto esplicito della prima parte del cantiere a cielo aperto che De Martino ci ha lasciato, ma attraversa in maniera implicita molte pagine dell'intero scritto. Prima di arrivare ad affrontare quello che era senz'altro l'obiettivo della ricerca – le apocalissi culturali – egli dichiara infatti di sentire la necessità di «valutare in via preliminare la fine

dell'ordine mondano esistente nel suo significato di *rischio antropologico permanente*, cioè come rischio di non poterci essere in nessun mondo culturale possibile»⁸. La psicopatologia viene dunque inquadrata, sin dalle prime pagine, come orizzonte del rischio.

II. *Vissuti di fine del mondo*

Proviamo quindi a descrivere più da vicino i vissuti che caratterizzano il delirio da fine del mondo, che De Martino analizza nel confronto con la letteratura psichiatrica dell'epoca. Innanzitutto, nel confronto con la *Allgemeine Psychopathologie* jaspersiana, viene analizzato il modo in cui si presenta, in generale, il delirio. I malati avvertono sensazioni di straniamento, si sentono spaesati, turbati e le cose sembrano acquisire significati diversi: «il mondo circostante è diverso, non già nel senso grossolanamente sensibile, le percezioni sono dal lato sensibile immutate – ma piuttosto sussiste un sottile cangiamento che tutto penetra e che diffonde una colorazione incerta, spaesata»⁹.

Ed è ancora seguendo Jaspers che De Martino distingue tra un «umore delirante» [*Wahnstimmung*] che sente la presenza di qualcosa di oscuro e di estraneo, dalla semplice «percezione delirante» che coglie in maniera immediata l'elemento delirante già strutturato e definito. Nel caso specifico dei vissuti di fine del mondo è molto rilevante l'umore delirante che si configura come la costante sensazione di mutamento, accompagnata al tentativo di difendersi da qualcosa di pericoloso e angosciante¹⁰. Una malata, operaia trentottenne, tratta dalle analisi di Wetzel, afferma che tutto è «così equivoco, come se tutto fosse radicalmente altro (*ganz anders*) nel mondo»¹¹. Se per il soggetto “normale” gli oggetti si presentano come significativi e inseriti in un mondo che appare sensato, per lo schizofrenico, affetto da deliri di fine del mondo gli oggetti della vita quotidiana possono essere «sotto certe condizioni gli oggetti di rapporto quotidiano, sotto certe altre connessioni manifestano un tutt'altro, una essenza demoniaca»¹². La caratteristica degli oggetti è quella di acquisire un «troppo poco» o un «troppo» di semanticità. Nel primo caso le cose appaiono non più adeguate alla loro funzioni, diventano insignificanti, non spingono ad alcun operare, «cadono dal quadro dei possibili progetti operativi»¹³. Ma ancora più interessante è il secondo caso, quello del *troppo* di semanticità. Gli oggetti appaiono, infatti, come rivestiti di «un oscuro alone semantico» e arrivano addirittura ad uscire «dai loro limiti domestici e ovvi per farsi indici di un oltre indeterminato»¹⁴. Gli oggetti non restituiscono connessioni, ma distanza e comunicano costantemente un esser fuori posto e sembrano alludere ad un oltre che li riguarda – che ovviamente non è più la loro

funzione domestica e nota –, e così «ogni percepito, per questa vana ricerca del suo oltre, è in tensione, il suo oscuro alone semantico è vissuto come attesa catastrofica, l'universo è un universo in tensione»¹⁵. Ma non è solo il mondo inteso come mondo di oggetti che ci circondano, mondo di cose che hanno perso la loro operabilità per divenire minacciosi e inquietanti, ad essere mutato. Per il soggetto che vive il delirio da fine del mondo si trasforma anche il rapporto con gli altri soggetti. Nel confronto con autori che si rifacevano alla psichiatria analitico-esistenziale¹⁶, De Martino si chiede anche cosa significhi per lo schizofrenico perdere il suo essere-nel-mondo, sottolineando che ciò che accade al malato è di non riuscire più a stare in una relazione con gli altri, si trova «gettato fuori dall'essere-con», buttato fuori dal suo «*Miteinander*»¹⁷. L'uomo sente di essere, almeno in parte, sottratto al mondo comune e «immesso in un mondo privato»¹⁸. Questo elemento chiarisce ulteriormente la drammatica caratteristica dei vissuti apocalittici: l'uomo si trova a sperimentare la perdita di quella relazione intersoggettiva da cui emerge un mondo di valori condiviso, un mondo di valori che rendono il mondo «possibile come mondo umano». Viene così abbozzata anche la condizione umana consueta, ciò che «costituisce il suo carattere fondamentale di normalità», ovvero la possibilità di progettare insieme ad altri: «la sua progettabile intersoggettività, il suo appartenere ad una prospettiva di operabilità socialmente e culturalmente condizionata»¹⁹. Perdere la normalità del mondo significa, sottolinea De Martino, perdere la capacità di rendere il proprio mondo privato un mondo comunicabile, trasformarlo in una parola o in un gesto che siano immessi «in una dinamica di valorizzazione intersoggettiva». Non a torto, sottolinea ancora l'autore, «si guarda con sospetto o con sgomento o con pietà a quanti passano i loro giorni a magnificare l'ineffabile che portano dentro, il tesoro che nascondono in petto»²⁰.

La dimensione interiore, al contrario, è sana solo quando è almeno implicitamente orientata alla comunicazione e al progetto intersoggettivo. In fondo il vissuto di fine del mondo non è altro che la crisi di questo progetto, la crisi «dell'ethos del trascendimento valorizzante del valore inaugurale del progetto comunitario dell'utilizzabile»²¹. Nella lettura di De Martino la vera differenza tra “normale” e “anormale” sta nel fatto che lo schizofrenico è privo dello slancio valorizzante che trascende la dimensione della vita, ovvero di quell'ethos del trascendimento che ci rende partecipi di un mondo intersoggettivo²². Si potrebbe anche dire che la anormalità psichica non è l'incapacità di seguire una norma, ma piuttosto l'incapacità di essere normativi, di produrre forme culturali condivise:

La caduta di questo slancio – quali che siano gli eventi somatici ereditari o acquisiti quando si consideri tale caduta in una prospettiva medico-operativa – è [...] il recedere della potenza del trascendimento su tutto il fronte del valorizzabile, la catastrofe dello slancio valorizzatore²³.

III. Le risposte alla crisi

Come abbiamo visto fin qui, l'apocalisse psicopatologica rappresenta per De Martino il rischio assoluto: il crollo senza riscatto. Ma la dinamica apocalittica come tale è indagata in un orizzonte assolutamente diverso. La tesi di De Martino è infatti chiara: l'apocalisse e i vissuti apocalittici sono una dinamica antropologica permanente e l'unico orizzonte di risposta e di reazione alla crisi che essi manifestano è rappresentato dalla cultura, intesa come operare umano condiviso. Il confronto con la patologia psichica è funzionale e l'impiego del potenziale «euristico» dei vissuti psicopatologici, consente di mettere «a nudo il momento del rischio con evidenza particolare», lasciando emergere l'elemento della crisi che nel sano viene superato e dunque «coperto». La ricerca sulle apocalissi culturali utilizza «il morboso per rischiarare lo stesso processo del farsi sano che caratterizza la cultura, almeno sin quando essa riesce a funzionare»²⁴. L'apocalisse delinea cioè il rischio, ma proprio nel suo essere inserita in un contesto culturale contiene già in sé, le possibilità di rinascita. Non è casuale, del resto, che molte forme di difesa e di reazione contro la disgregazione psichica, abbiano una modalità operativa, siano basate sostanzialmente sulla ripetizione di un «fare»²⁵, di un agire che deve assumere un valore condiviso e comunitario. Esempare è il caso della crisi connessa al cordoglio, analizzato in *Morte e pianto rituale*. Se il cordoglio diviene malattia «non è suscettibile di nessuna possibile storia culturale», ma la cultura, nel suo complesso, «appresta le forze che sono a disposizione dell'uomo per oltrepassare il momento critico dell'evento luttuoso e per ricacciare sempre più lontano [...] la tentazione della crisi». È solo a questo punto, «come momento negativo del riscatto culturale», che il cordoglio come malattia «entra nella storia»²⁶. La vita culturale e storica ha messo a punto diverse tecniche per facilitare il lavoro del cordoglio; una di queste è il lamento funebre, che, scrive De Martino, è un sistema «di destorificazione istituzionale della morte». Si tratta cioè di una serie di tecniche – come ad esempio la ripetizione di un ritornello nel lamento – attraverso le quali l'infinita varietà storica delle situazioni luttuose «viene destorificata in modelli mimici, melodici e letterari che sono fissati nella memoria culturale delle comunità e ripetuti come obbligo rituale»²⁷. Nel fare, anche nel fare mimato o ripetuto, si può riaprire la possibilità di superare la crisi. Per questo è così importante, nella prospettiva di De Martino, distinguere tra ciò che può essere inteso come «lo scacco di una singola valorizzazione» e «la caduta dell'ethos del trascendimento (il rischio di non poterci essere in nessun

mondo culturale possibile)»²⁸, che caratterizza il limite dell'umano delineato dalla patologia psichica: la demenza e la morte²⁹.

Al simbolismo mitico-rituale e all'agire connesso ai rituali è così affidato il compito cruciale della protezione dell'uomo dalle *sporgenze* della storicità. A farla breve, l'idea demartiniana è che la crisi – che è un rischio antropologico permanente – può essere superata grazie ad una serie di strategie che sono centrate sul fare condiviso. La patologia psichica è disintegrativa, è il rischio contro il quale il rito o il simbolismo mitico-rituale difendono la società. Il rito che porta ad un fare «mimato e ripetuto» rappresenta invece un dispositivo di normalizzazione di fronte al rischio di perdita.

IV. Provare a divenire folli

Riprendiamo, a questo punto, in maniera sintetica, i punti salienti del discorso di De Martino, per avviarci alla conclusione. Nei vissuti di fine del mondo:

1. Gli oggetti perdono il loro quadro semantico consueto, connesso al loro essere inseriti in un mondo «alla mano», operabile e utilizzabile, per acquisire significati allusivi e oscuri, che rinviano al pericolo e alla catastrofe imminente.
2. Gli altri soggetti si caricano di significati «abnormi» e non sono più parte del nostro mondo comune, ma rappresentano un rischio.
3. A questi elementi si aggiunge l'idea demartiniana di una possibile strategia di resistenza alla crisi connessa al fare intersoggettivo e comunitario, espresso esemplarmente dalle forme rituali.

Se proviamo a guardare – a partire da queste riflessioni sui deliri di fine del mondo – alla condizione nella quale stiamo vivendo da quando è scoppiata la pandemia globale, non possiamo non cogliere elementi comuni. Anche se, mi pare, è necessario un capovolgimento della prospettiva. Mi spiego: il rito e il fare comunitario obbligano il soggetto che vive una condizione di crisi – esemplare è il caso del cordoglio – a trasportare la crisi in una dimensione comunitaria, legata allo scambio e alla condivisione. Questo rituale aiuta il singolo a superare la crisi, ad oltrepassare il momento luttuoso che rischia di divenire malattia che conduce all'apocalissi del soggetto.

In questo momento, invece, l'agire che ci viene richiesto è lo sforzo di distanziarsi dagli altri e dalle cose; il che significa, in sostanza, «mimare e ripetere» le forme del delirio da fine del mondo. Ci viene chiesto, cioè, di fare «come se» fossimo soggetti deliranti, perché il rischio dal quale ci proteggiamo non è un rischio immediatamente evidente; al contrario il virus è invisibile e noi non possiamo sapere se è presente nelle cose e nelle persone intorno a noi.

Gli oggetti più comuni: dalla panchina al parco, al sedile del tram, dal pacco di pasta da prendere al supermercato, alla tazzina di caffè al bar, hanno assunto proprio per questo significati nuovi, inquietanti. Ogni cosa che tocchiamo potrebbe essere fonte di contagio e siamo spinti a evitare il contatto oppure a ‘sanificare’ immediatamente le mani esposte al mondo e alla possibilità del virus. Ci viene continuamente richiesto di sforzarci, di cambiare il nostro atteggiamento spontaneo e riconoscere che questi oggetti – così consueti e operabili – hanno un alone nuovo e non devono restituirci connessioni, ma distanza. La loro funzione domestica e nota non è più in primo piano ma piuttosto, vale per loro quanto scritto a proposito dei deliri da fine del mondo: «ogni percepito, per questa vana ricerca del suo oltre, è in tensione, il suo oscuro alone semantico è vissuto come attesa catastrofica, l’universo è un universo in tensione»³⁰. Ancor peggio – se possibile – vanno le cose in relazione agli altri. L’altro soggetto è vissuto come portatore fondamentale di rischio e il possibile contagio passa proprio per il suo essere – per dirla con Husserl – corpo vivo: respira, parla ad alta voce (o, addirittura, tossisce!), si muove, mi sfiora. La difesa da un altro che ci spaventa sta tutta nella distanza e nei dispositivi che proteggono, come le mascherine o le visiere, dal corpo dell’altro. Quindi ciò che dobbiamo attivare o, meglio ancora – per sottolineare ancora una volta le parole che De Martino impiega per descrivere il rito – «mimare e ripetere», è una uscita dalla relazione intersoggettiva. Proprio come accadeva al soggetto affetto da deliri di fine del mondo devo sentirmi «gettato fuori dall’essere-con», buttato fuori dal mio *Miteinander*, sottratto al mondo comune e «immesso in un mondo privato»³¹, che diviene sempre più la propria casa, vissuta come fortezza difensiva.

Data la rilevanza che abbiamo – con De Martino e con la letteratura psichiatrica di vario indirizzo – attribuito alla dimensione del fare e dell’agire comunitario, è evidente che questo «vivere come se» fossimo soggetti affetti da delirio da fine del mondo non può non avere effetti significativi sul nostro equilibrio e sul nostro benessere psichico complessivo. Al contrario, credo che in questo orizzonte sia possibile comprendere meglio le reazioni rabbiose e aggressive da un lato e quelle depressive e angosciate dall’altro. Se il «fare» distanziante richiesto obbliga, dunque ad assumere un orizzonte che somiglia a quello del «delirio da fine del mondo», non sorprende allora che in qualche caso si sia portati ad assumere – oltre agli atteggiamenti (cioè il fare distanziante) – anche le riflessioni e le idee che accompagnano il fare del soggetto affetto da questo tipo di delirio apocalittico, ovvero il sentirsi costantemente oggetto di complotti, «macchinazioni, affatturamenti e simili»³². Gli eventi sono frutto di un progetto e «nulla è casuale ma è diretto al malato»³³. L’orizzonte comunitario, purtroppo smarrito, viene riconquistato in un’interpretazione paranoica che identifica una comunità coesa e intelligente di altri che ordisce complotti

dai quali il soggetto è escluso. Per evidenti ragioni di spazio non può essere questo il luogo per indagare gli effetti che questo stravolgimento che la condizione collettiva e legata alla dimensione operativa («del fare») ha subito, produce e produrrà sul singolo³⁴.

V. Per essere sani

Un'ultima considerazione è però necessaria. Pur relegandoci ad un fare che acquisisce forme simili a quelle del delirio di fine del mondo, dobbiamo riconoscere che quello al quale siamo sottoposti può e deve essere compreso come uno sforzo collettivo e che – se ben orientato e anche ben narrato – può restituire a ciascun singolo soggetto la consapevolezza che l'autentico «fare comunitario» richiede oggi lo sforzo di evitare il contagio. Essere parte di una comunità e riconoscerne il valore significa oggi essere in grado di sacrificare il proprio «slancio» intersoggettivo e le proprie relazioni in nome di un'idea più ampia di comunità che comprende anche tutte le persone sconosciute e fragili che rischiano più direttamente gli effetti del virus. In questo senso ritorna quel movimento che De Martino ha descritto come il processo del «farsi sano»³⁵ che caratterizza la cultura: la consapevolezza culturale consente di inserire il proprio vissuto frustrante e angosciante all'interno di un'idea più complessa di comunità, recuperando perciò il proprio orizzonte operativo.

Note:

¹ Lévy fa riferimento, oltre che alla “spagnola”, anche alla influenza di Hong Kong del 1968 e ad una influenza, anch'essa di provenienza asiatica, che «dieci anni prima aveva causato due milioni di morti». Cfr. Bernard-Henri Lévy, *Il virus che rende folli*, La nave di Teseo, Milano 2020, p. 9 e sgg.

² Ivi, pp. 12-13.

³ Ivi, p. 14.

⁴ E. De Martino, *Il mondo magico*, Einaudi, Torino 1948. Su De Martino si veda G. Cantillo, D. Conte, A. Donise (a cura di), *Ernesto De Martino tra fondamento e “insecuritas”*, Liguori Napoli 2014.

⁵ L'edizione del 1977 è stata ripubblicata con una nuova introduzione nel 2002. Cfr. E. De Martino, *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, a cura di C. Gallini e M. Massenzio, Einaudi, Torino 2002, da cui si cita. Ma ne esiste una recentissima edizione significativamente rimaneggiata a cura di G. Charuty, D. Fabre, M. Massenzio, Einaudi, Torino 2019.

⁶ E. De Martino, *Apocalissi culturali e apocalissi psicopatologiche*, in «Nuovi argomenti», 69-71 (1964), pp. 105-141.

⁷ Ivi, p. 105.

⁸ E. De Martino, *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, a cura di C. Gallini e M. Massenzio, Torino, Einaudi, 2002, p. 14-5. Cfr. anche p. 219.

⁹ Ivi, p. 20.

¹⁰ Qui il riferimento di De Martino è al lavoro di A. Wetzell, *Das Weltuntergangserlebnis in der Schizophrenie*, in «Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie» 78, (1922), pp. 403-428.

¹¹ E. De Martino, *La fine del mondo*, cit., p. 37

¹² Ivi, p. 43.

¹³ Ivi, p. 87.

¹⁴ Ibidem.

¹⁵ Ivi, 89.

¹⁶ In particolare, cita Alfred Storch, Caspar Kulenkampff, Hans Kunz, ma anche van der Berg, della scuola di Utrecht, autore che sosteneva un approccio fenomenologico-esistenziale. Cfr. J.H. van der Berg, *The phenomenological approach to psychiatry. An introduction to recent phenomenological psychopathology*, Thomas, Springfield, 1955.

¹⁷ De Martino, nel confronto con letteratura psichiatrica fenomenologico-esistenziale usa la parola tedesca per esprimere l'essere con l'altro. Cfr. *La fine del mondo*, cit., p. 48.

¹⁸ Ivi, p. 49. Qui De Martino si confronta con H. Kunz, *Die Grenze der psychopathologischen Wahninterpretation*, in «Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie», 135 (1930), pp. 671-715,

¹⁹ E. De Martino, *La fine del mondo*, cit., p. 50.

²⁰ Ibidem.

²¹ Ivi, p. 77.

²² L'idea che la rottura dell'intersoggettività sia alla base della patologia psichica è molto presente anche nella letteratura psichiatrica contemporanea. Si veda *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology* a cura di G. Stanghellini, M. Broome, A. V. Fernandez, P. Fusar-Poli, A. Raballo, R. Rosfort, Oxford University Press, Oxford 2019; D. Zahavi, *Self and Other Exploring Subjectivity, Empathy, and Shame*, Oxford University Press, Oxford 2014; si veda anche V. Bizzari, *Sento quindi sono. Fenomenologia e Leib nel dibattito contemporaneo*, Mimesis, Milano 2018.

²³ Ivi, p. 15.

²⁴ Ivi, p. 19.

²⁵ Persino la stessa patologia psichica può essere letta come un ultimo, disperato baluardo, dell'agire mettendo in campo la più strenua resistenza: basti pensare alle forme catatoniche come «rocche della permanenza» erette dall'uomo persino sul terreno ormai franato della patologia. Sul concetto di «guscio» come strategia di resistenza, il riferimento di De Martino è K. Jaspers, *Psicologia delle visioni del mondo* (1919), Astrolabio, Roma 1950. Mi sia consentito rinviare al mio A. Donise, *Gli involucri tra forma e vita: per una difesa dell'inautentico*, in «Discipline Filosofiche», n. 1, 2017: *Karl Jaspers e la molteplicità delle visioni del mondo*, a cura di S. Achella e J.E. Schlimme, pp. 175-188.

²⁶ E. De Martino, *Morte e pianto rituale nel mondo antico. Dal lamento funebre al pianto di Maria* (1958), Torino, Bollati Boringhieri, 2011, p. 53.

²⁷ Ivi, p. 310.

²⁸ E. De Martino, *Scritti filosofici*, a cura di R. Pàstina, il Mulino, Bologna 2005, p. 7

²⁹ Non sorprende, allora, che De Martino affermi che i temi dell'esistenzialismo positivo di Paci e soprattutto di Abbagnano «si accordano largamente con la prospettiva da me scelta per la monografia sulla 'fine del mondo'». Cfr. E. De Martino, *Scritti filosofici*, cit., p. 71. È infatti proprio Nicola Abbagnano che pensa l'esistenza come trascendimento, come possibilità del rapporto con l'essere. La struttura fondamentale dell'uomo è la tensione nella realizzazione di un dover essere. Il principio primo non è un essere, ma è la possibilità dell'essere, un dover essere da realizzare, che diviene così compito dato alla singola esistenza. Riconoscendo rilevanza alla possibilità umana, Abbagnano riscatta, nella prospettiva demartiniana, «il mondo dell'utilizzabile», che era relegato da Heidegger a «esistenza inautentica» Cfr. N. Abbagnano, *Esistenzialismo positivo*, Torino, Taylor, 1948, pp. 34-35.

³⁰ Ivi, 89.

³¹ Ivi, p. 49. Qui De Martino si confronta con H. Kunz, *Die Grenze der psychopathologischen Wahninterpretation*, in «Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie», 135 (1930), pp. 671-715

³² De Martino, *La fine del mondo*, cit., p. 17.

³³ Ivi, p. 23.

³⁴ Ovviamente il tema è molto complesso e ampio. Si pensi anche soltanto all'effetto che questa trasformazione delle relazioni intersoggettive sta avendo sui soggetti in via di sviluppo, dai bambini agli adolescenti. Sul tema ci sono molti studi, anche se ovviamente la gran parte è ancora in corso. Si vedano, ad esempio, i molti articoli usciti su una rivista di grande autorevolezza come «The Lancet».

³⁵ De Martino, p. 19

*Solastalgia. Ansia da Quarantena*¹

Susi Ferrarello

I. Introduzione

La corrente pandemia sembra aver cambiato le nostre vite in maniera radicale. Durante il lockdown il numero di chiamate di emergenze dovute ad ansia è cresciuto in modo esponenziale in tutto il mondo; abbiamo dovuto trovare nuovi modi per abitare il nostro corpo e lo spazio attorno ad esso. Siamo arrivati a comprendere come nozioni che davamo più o meno per scontate, come quella di tempo e spazio condiviso, siano in grado di modellare il nostro senso di realtà in modo piuttosto mutevole in quanto profondamente connesse con le nostre emozioni e i significati che le informano.

Ritengo che riflettere sulla nozione di solastalgia possa darci una speranza in più nel trattare l'essenza emotiva di questo cambiamento radicale. Nella prima parte dell'articolo, descriverò il fenomeno di solastalgia (Albrecht et al., 2007; Galea et al., 2005) e nella seconda parte discuterò come un approccio fenomenologico alla geografia emozionale (Husserl, 1970; Sartre, 1983, 1993, 1996; Seamon & Sowers, 2009; Shaw & Ward, 2009) possa aiutarci a comprendere questo fenomeno. Per questa ragione, l'articolo ricostruirà la geografia emozionale delle persone affette da solastalgia al fine di descrivere i principali costituenti della loro realtà. Mi focalizzerò sulle affezioni che fanno scatenare questa esperienza di ansia intensa, su come possa essere ascoltata ed eventualmente trattata in quanto capacità trans-personale che il corpo ha di essere affetto (McCormack, 2003; Thrift, 2004). Lo scopo generale è di descrivere la relazione tra ambiente ed emozioni climatiche per capire cosa possiamo fare per migliorare il nostro benessere. In questo articolo mi focalizzerò sulla perdita di spazio durante il lock-down per spiegare come lo spazio interiore espandendosi verso l'esterno abbia problematizzato ogni possibilità di trovare un senso di completezza al nostro bisogno di appartenenza ad una alterità intersoggettiva.

II. Solastalgia

Solastalgia è un neologismo coniato dal filosofo Albrecht (2005)² per indicare il senso di ansia emotiva derivante dall'impatto climatico sull'ambiente. Il termine è stato introdotto la prima volta nel 2003 all'Ecohealth forum in Montreal. Questa parola esprime il senso di perdita di comfort (in latino, *solacium*) combinato con il conseguente malessere (dal greco, *algos--ἄλγος*) che proviene dal vedere il proprio ambiente cambiare a causa di problemi climatici. Diversamente dal senso di mancanza di casa, la solastalgia si esprime in una forma di ansia diretta verso un luogo che, seppure ancora esista, non è più presente nella vita dell'individuo. La perdita del senso di appartenenza al luogo genera un complesso stato di ansia (Galway et al., 2019). L'innovativo articolo di Albrecht (2005) descrive casi in cui il degrado,

acuto e cronico, del territorio abbia contribuito all'insorgere di solastalgia: ne sono un esempio i casi di prolungata siccità nella Scozia del Sud e il cambiamento geografico delle comunità di minatori in Upper Hunter Valley. In entrambi i casi l'ambiente era divenuto poco ospitale per le comunità che ancora vi vivevano a causa dei drammatici cambiamenti ambientali e la scarsa gestione delle risorse naturali. Questa trasformazione ha generato un senso di perdita e impotenza per gli individui appartenenti a queste comunità; l'ambiente che garantiva la loro sopravvivenza fisica ed emotiva era così severamente minacciato che gli individui rimasti provavano un senso di personale deprivazione e fallimento (Tschakert, 2010). Queste sono le parole con cui Albrecht e i suoi colleghi hanno definito questo vissuto:

E' il dolore vissuto di quando si riconosce che lo spazio dove si viveva e che si amava stia sotto immediato assalto (desolazione fisica). Si manifesta nell'attacco del senso dello spazio proprio, nell'erosione del senso di appartenenza (identità) ad un particolare luogo e ad un senso di malessere (desolazione psicologica) rispetto alla sua trasformazione. (...) La solastalgia non consiste nel guardare indietro ad un passato d'oro, né riguarda il considerare un altro posto come casa, è il vissuto della perdita del presente che si manifesta come un sentimento di disorientamento, di essere minato da forze che distruggono il potenziale di benessere che può derivare dal presente. In breve la solastalgia è una forma di mancanza di casa che si prova pure stando ancora casa (2015, p. 42)

Come mostra con chiarezza questo passaggio, la nozione di luogo diventa qui un termine chiave per capire la qualità di sofferenza provocata dalla solastalgia. Proverò a chiarire le implicazioni della nozione di luogo nella sezione seguente.

III. La Speranza del Luogo

Jean-Luc Nancy descrive la nozione di luogo come lo spazio di comunità o l'essere con l'altro in quanto apertura dell'essere a se stesso come spazio comune (1993, p. 78). Credo sia questa nozione di luogo che viene a mancare nei casi di solastalgia, in particolare nella forma di ansia solastalgica scaturita dal lockdown. E' sulla ricostruzione e protezione di questa nozione di luogo che possiamo fondare la nostra speranza di un rinnovato benessere.

Il luogo considerato essenziale per la sopravvivenza fisica ed emotiva dell'individuo e della sua comunità viene interdetto all'individuo stesso e alla sua comunità. Non parliamo di un luogo nuovo o inaccessibile, ma di un luogo familiare che esisteva prima del tragico evento prodotto dal disastro climatico e naturale. Secondo Trujillo (2009), qui il luogo non indica nessuno spazio ordinario; lo spazio non e', infatti, il paesaggio da godere ma la struttura che tiene insieme la vita di tutti quelli che appartengono a questo

spazio. Senza questa struttura, queste vite si sentono vuote e amorfe. Come Trujillo scrive “dove i colonizzatori (per estensione gli imprenditori nel mondo agricolo, nel petrolio etc.) vedono uno spazio-territorio, i nativi vedono un luogo” (2009, p. 12). In questo caso, il luogo è rappresentato dalla piazza, la palestra, la chiesa, il cinema; tutti quegli spazi in cui si diventa se’ stessi e ci si riconosce nello scambio con l’altro.

Estremi eventi climatici come inondazioni, terremoti, uragani (e.g., Warsini, 2014), estrazione di risorse (e.g., Canu, 2017, Tschekart et al., 2013), violenza politica (e.g., Sousa, 2014), epidemie possono far scattare questo peculiare stato di ansia. Questi eventi possono essere distinti in acuti e cronici; acuti sono considerati quei cambiamenti che all’improvviso trasformano l’ambiente in un luogo desolato senza che la comunità di appartenenza abbia tempo di adattarsi a esso; mentre tra i fattori cronici possiamo enumerare quelli che comportano un graduale degrado dei luoghi come l’inquinamento, le maree, la corruzione politica. (Galway, 2019, online; Albrecht, 2005, 2010; Pannel, 2018).

Il rapporto tra qualità dell’aria e intensità di popolazione insieme alla prontezza di risposta da parte della leadership politica sembrano essere stati tra i fattori più incisivi sulla diffusione del coronavirus (Gerretsen, I. 2020). In questo senso, l’ansia generata dalle misure precauzionali del lockdown può essere annoverata tra le forme di solastalgia acuta perché la sua origine deriva dall’improvviso degrado del luogo di appartenenza e dal senso di impotenza rispetto alla possibilità di arginare il suo declino. Nel giro di pochissimo tempo, in tutto il mondo milioni di individui sono stati forzati nelle loro case o in luoghi di passaggio e hanno perso per lungo tempo la loro connessione con lo spazio esterno.

E’ importante capire le componenti del vissuto di questa specifica forma di ansia solastalgica scaturita dal diffondersi del virus e dalle necessarie misure precauzionali per contenerlo. Specialmente se si osserva il ritmo dei cambiamenti climatici,³ è facile immaginare quante persone in futuro verranno toccate da questa forma d’ansia e dall’ampia varietà di problemi mentali, emotivi e di salute che scaturiranno da essa. È già possibile osservare come negli ultimi 50 anni il livello di suicidi sia cresciuto del 50% assieme alla crescita sempre più importante dei disordini mentali, psicologici, e psichiatrici (WHO, 2014). In Asia, per esempio, psichiatri hanno mostrato l’interconnessione tra crescita delle temperature e suicidi. Un’analisi del 2013 di 60 studi ha concluso che per ogni deviazione dello standard delle temperature per via del riscaldamento globale corrisponde un 4% di crescita nella violenza interpersonale e un 14% di violenza tra gruppi (Kim, 2015). In un’inchiesta del 2015 (the Lancet Commission on Health and Climate Change) la solastalgia è stata riconosciuta come una chiave di accesso per capire la salute mentale su scala mondiale e calcolare i suoi cambiamenti a seconda dell’impatto climatico.

In termini di bioetica ed etica ambientale le domande importanti che bisognerebbe sollevare rispetto a questo problema sono: “Come possono individui e gruppi affrontare questo tipo di ansia? Può il ristoro di paesaggi in via di degrado aiutare ad affrontare l’ansia e favorire il processo di guarigione? Possono

interventi focalizzati sulla cura collettiva permettere di risolvere questa forma acuta di ansia così da promuovere la salute umana e l'ecosistema?" (Pannell, 2019). Risponderò ad alcune di queste domande nella sezione successiva.

IV. Emozioni e realtà

Le emozioni spesso hanno il potere di modellare la realtà (intesa qui nel tedesco di Husserl *real* e *reel*, ovvero come contenuto intenzionale e come realtà in se stessa) e dargli una forma che varia a seconda dell'intensità e della relazionalità a cui danno luogo. Le emozioni sono tanto concrete quanto il prato in cui passeggiamo o il soffitto che fissiamo. Alle volte sono ancora più reali di così, al punto tale che uscire dalla propria testa è di gran lunga più difficile che uscire dalla stanza in cui mi trovo a scrivere.

Per questa ragione negli anni settanta un gruppo di geografi specializzati in geografia umana ha deciso di integrare le emozioni nei loro studi. Il punto di svolta (Anderson & Smith 2001; Bondi 2005; Davidson et al., 2005; Pile 2009; Smith et al., 2000) della geografia emozionale ed affettiva fu nel 2001 quando Anderson e Smith hanno proposto "un intero programma di lavoro atto a riconoscere le emozioni come modo di conoscenza, di essere e di azione in senso più ampio: ed usare questo per acquisire conoscenze geografiche (...) al di là dei loro campi visivi, testuali e linguistici" (2001, p. 8). Da qui, la geografia emozionale ed affettiva si è sviluppata in una moltitudine di direzioni interessanti: il mondo affettivo del software (Shaw & Ward, 2009; Budd & Adey, 2009), la nomenclatura dei luoghi (Kearney & Bradley 2009), o l'esperienza del dolore (Bissell, 2009). In questo senso, la geografia emozionale è divenuta un modo per aiutarci a capire come la realtà del luogo appaia ad una persona che soffre di solastalgia e come gli affetti che innescano l'esperienza di dolore intenso possano essere ascoltati ed eventualmente trattati. Dal momento che questi affetti rappresentano "una capacità transpersonale che un corpo ha di essere affetto e di esercitare affezioni:" (Anderson, 2006, p. 735; McCormack, 2003; Thrift, 2004a), è importante trovare i canali che consentano a queste affezioni di esprimersi senza compromettere in modo permanente il proprio senso di fiducia verso una realtà armoniosa.

V. Geografia Emozionale dell'Ansia

In modo figurato la geografia emozionale descrive l'ansia come un buco nero. L'ansia sembra far scomparire gli individui in un buco di affezioni. Risucchia in uno spazio atemporale quelle eterne affezioni e sensazioni con cui le persone afflitte dall'ansia non hanno ancora trattato. L'oggetto che innesca questo black-out emotivo opera come una sorta di bacchetta magica che riapre lo spazio del trauma in cui l'individuo di colpo scompare.

Nella sua bozza per una teoria delle emozioni (1996/1939), Sartre mostra come oggetti naturali possano innescare paura intensa; l'ansia connessa al vissuto intenzionale di un oggetto innocuo trasforma lo spazio

in un luogo pericoloso (Davidson & Smith, 2003; Smith & Davidson, 2006). Per esempio, un luogo che era di solito il favorito durante l'infanzia diventa un trigger pericoloso per un intenso dolore emotivo, specialmente se il dolore è già presente ad un livello inconsapevole. Le persone che soffrono di altre forme di ansia, per esempio aracnofobia, descrivono i ragni "come buchi neri emotivi che magicamente allargano e comprimono la struttura del loro mondo" (Smith et al., 2012, p. 61). In un altro esempio, Sartre riporta il caso di una giovane donna che era solita svenire alla sola vista di alloro (Sartre, 1939/1996, p. 50). Nel caso di questa donna, la psicoanalisi la ha aiutata a recuperare la memoria della sua infanzia e degli abusi subiti che erano in qualche modo associati con l'alloro. Come Fell fa notare, il mondo così come è esperito dalla persona ansiosa è "l'ambiente fisico e sociale percepito come un set di vettori che attraggono e respingono i vari oggetti circostanti" (Fell, 1966, p. 15).

VI. L'ansia da Lockdown

Il lockdown ha rappresentato per molti la perdita del proprio luogo, inteso a' la Nancy come lo spazio della comunità o dell'essere con l'altro in quanto apertura dell'Essere a se stesso (2012). Questa perdita ha generato quel buco nero che, come scriveva Sartre, divora le vite di molti individui. Il tracollo di spazi familiari, come il posto di lavoro, il parco giochi, la palestra o la chiesa, possono condurre a una perdita del senso di appartenenza e alla conseguente contaminazione dello spazio interiore all'esterno. Lo spazio interiore, infatti, dilaga all'esterno senza trovare punti di attrito che lo contengano e lo definiscano. Durante il lockdown la perdita del luogo di incontro ha fatto sì che lo spazio emotivo dell'interiorità divenisse lo spazio in cui incontrare l'altro; tuttavia, mancando questo incontro interiore della tensione dell'alterità propria del luogo, nessun contenimento, formalizzazione, e conseguente generazione di nuovi significati è stato possibile. In ogni parte di questo spazio, infatti, abbiamo incontrato dapprima noi stessi e il significato o i valori che ci assegniamo, e poi, con uno sforzo di creazione di nuove abitudini e modi, abbiamo, sì, incontrato l'alterità ma in una forma nuova e spesso inadeguata ai significati e alle definizioni necessarie.

Infatti, durante questi mesi di lockdown abbiamo dovuto imparare nuovi modi di interpretare il senso del nostro luogo. All'improvviso ci siamo trovati confinati nelle nostre case, gli spazi a cui eravamo soliti appartenere sono crollati prendendo con essi una parte di noi stessi. Abbiamo smesso di essere studenti, professionisti, amici; abbiamo smesso di vestirci per andare al lavoro o sentirci toccati dalle persone che amiamo, trovare rifugio in una classe lontano da genitori difficili; ci siamo dovuti allontanare da tutte quelle forme di alterità spaziale che di solito ci davano forma definitoria allo stesso modo in cui un bicchiere può dare forma all'acqua che lo riempie. Tutte queste forme di alterità sono venute a mancare lasciando che il nostro mondo interiore divenisse sempre più ampio e dilagante. E' rimasto, naturalmente, uno spazio in cui interiorizzare queste identità (lo studente, il fidanzato, lo sportivo) ma diversamente da

come eravamo abituati il ripristino di queste forme ha richiesto uno sforzo alle volte innaturale; mi riferisco qui, per esempio, alle lezioni via Skype, le lunghe videochiamate con i propri cari, o le lezioni di fitness online. Il luogo di appartenenza naturale i cui tempi e modi erano scanditi dalla società e' venuto a mancare e abbiamo dovuto istintivamente imparare a domare il nostro spazio interiore per evitare che prendesse tutto lo spazio lasciato vuoto dalla scomparsa del nostro luogo. Imparare come vivere insieme alle persone che amiamo, come lavorare con i nostri colleghi pur stando a casa, come tenerci in contatto con i nostri amici senza uscire. L'isolamento ha generato un collasso spaziale che ha condotto spesso ad inerzia. Al periodo che ha seguito la fine del lockdown, alcuni psicoterapeuti nel mio personale gruppo di conoscenze hanno lamentato una perdita di sensibilità verso l'altro nei giovani clienti che avevano in cura prima che l'isolamento iniziasse. Come se la persona ora più apatica e diseducata all'altro volesse ancora rimanere dentro visto che il posto fuori sembra insicuro e non più familiare.

Come esaminato prima, la solastalgia, cioè questo senso di ansia generato dai cambiamenti ambientali che vanno al di là del nostro controllo, è fortemente connessa con la nozione di appartenenza al luogo. Da questa nozione di luogo possiamo ripartire per un futuro più carico di speranza. Qui il luogo è rappresentato da una qualunque forma di alterità alla quale ci sentiamo di appartenere per trovare significato e la cui assenza può comportare perdita di energia e di voglia di vivere. Durante e subito dopo il lockdown, questa condizione è stata aggravata dalla contrazione dello *Spielraum* o *jeu*, spazio di manovra (Merleau-Ponty, 2012) generato dall'obbligo di indossare maschere fuori e ogni volta in contatto con altre persone. L'evento--letteralmente 'venire, è ciò che mi accade dal nulla--del lockdown "mi ruba l'individualità e la libertà" (Merleau-Ponty, 2012, p. 290). Con l'uso obbligatorio delle maschere lo spazio del mio vissuto e' divenuto ancora più contratto al punto tale che letteralmente non posso più respirare. La riduzione del respiro indotta dalla maschera protettiva ha rappresentato un'ulteriore forma di riduzione di uno spazio molto intimo e individuale (Merleau-Ponty, 2012, p. 299). Il luogo di essenziale appartenenza e incontro tra me stesso e l'Altro--che può essere esemplificabile in qualcosa di tanto semplice quanto lo spazio in cui respiro, la luce che sento sulle mie guance, o l'ombra di qualcuno a me vicino--contrae lo spazio di manovra che mi separa dall'esterno. L'uso obbligatorio delle maschere al lavoro o in luoghi pubblici è divenuto un ulteriore motivo per espandere il mio spazio interiore e quasi cancellare l'alterità di ciò che mi contiene. Ancora una volta, l'alterità dello spazio che consente alla mia realtà emotiva interiore di essere altro dalla realtà intersoggettiva è collassata e inevitabilmente ha prodotto ansia, inerzia e malessere fisico. Per usare il linguaggio di Husserl, il territorio di possibilità che viene aperto dalle adombramenti esperite nell'incontro con l'alterità si è rimpicciolito perché è venuta a mancare l'alterità da percepire. Durante il lockdown, lo spazio che, per natura, ci consente di mantenere una distanza tra noi e gli eventi della vita si è ridotto al punto tale che io divengo l'evento della vita e qualunque mio cambio di umore diventa l'evento della mia realtà. Per Husserl lo *Spielraum* descrive una gamma di

possibilità che si apre dall'esperienza percettiva (Husserl 2001, 87; cf. Moran 2005, 162-3) e guida gli individui verso il riempimento delle proprie anticipazioni dei contenuti percettivi dei propri vissuti. Questa guida viene persa quando la nozione di luogo entra in crisi, come nel caso di questo isolamento forzato dai mesi di lockdown. La persona isolata dal mondo circostante si trova a vivere in uno spazio monadico pieno di sé se la fiducia nella sua appartenenza a un'alterità esterna è persa. Perdere lo *Spielraum*, questo spazio di manovra nella vita che guida le azioni che compiamo nel mondo, significa perdere la capacità di produrre spontaneamente nuovi significati e ridurre lo spazio di possibile auto-contenimento. Questa contrazione di spazi può condurre essa stessa al buco nero che descrivevamo in precedenza con Sartre. Quando la credenza nell'alterità dello spazio stesso è persa, allora non c'è più spazio a cui appartenere e in cui sentirsi sicuri.

VII. Solastalgia e la Nozione di Luogo

Come menzionato sopra, per una persona che soffre di ansia da solastalgia le emozioni connesse a un certo luogo possono divenire come una bacchetta magica capace di evocare un mondo che come descritto poeticamente da Sartre, può apparire come un “mondo di sogni e follia” (Sartre, 1939/1996). In questo caso, la persona affetta dall'ansia diviene soggetto di un'esperienza passiva intenzionale che annichilisce il senso di tempo lineare come viene normalmente esperito e vive il proprio spazio temporale come il luogo in cui l'evento traumatico continua a ripetersi. Tuttavia solo la valenza affettiva ed emotiva di quell'esperienza è presente, la rappresentazione cognitiva dell'evento non è ancora portata alla superficie. Trasformare quell'esperienza da passiva ad attiva richiede impegno nel processo di guarigione.

I geografi che lavorano nella tradizione fenomenologica affermano che qualunque presentazione approfondita del mondo della vita geografica “deve anche riconoscere ed esaminare le dimensioni personali e culturali di una particolare esperienza ambientale e di luogo” (Seamon & Sowers, 2009). L'arco descritto dagli affetti, le sensazioni e le emozioni che descrive la traiettoria dell'intenzionalità passiva conferiscono significato al mondo dell'esperienza in modo tale che “il soggetto emotivo e l'oggetto di emozioni sono unificati in una sintesi indissolubile”(Sartre, 1996/1933). Fintanto che questa sintesi rimane su un livello passivo, il soggetto non ha nessuno strumento per liberare sé stesso dalle sensazioni negative provocate da queste emozioni. Tuttavia, la realtà di una persona esterna alle emozioni negative può aiutare a placare il disordine emotivo innescato dal senso di perdita. In questo senso, anche se dibattuto, sembra che il ruolo della psicoterapia sia stato cruciale durante il lockdown, assieme alle nuove forme di aggregazione spontaneamente sorte. In generale, attraverso la nuova tecnologia, zoom, Skype ed altri media, le persone affette da questa ansia hanno potuto trovare un luogo di alterità intersoggettiva da condividere che potesse portare significato alla realtà dello spazio perduto.

Senza un simile supporto sociale sarebbe impossibile limitare gli effetti di questa ansia sul nostro benessere. Per questa ragione, è importante capire ed intervenire su questo vissuto per integrare con contenuti nuovi i significati e valori prodotti dalla perdita traumatica. L'ambiente è una parte di noi e noi siamo una parte dell'ambiente; non possiamo scegliere quando un'emozione sorgerà e per quanto a lungo durerà. Tuttavia, come Sartre scrive: "non si può uscire dall'emozione a proprio piacimento, svanisce da sé e non la possiamo fermare." (1996/1939, pp. 75-76). Un'emozione può essere tanto concreta quanto i mattoni del muro che ho di fronte. Se un'emozione mi tormenta non posso uscirne a meno che non le presti attenzione e mi impegni per trovare la via d'uscita. "Il tempo lineare e lo spazio geografico che separa la persona fobica dal suo trigger collassa a causa di una reazione emotiva, le categorie del mondo agiscono immediatamente sulla coscienza, sono presenti all'evento senza distanza" (Sartre 1996/1939, p. 90). Quando gli affetti sollecitano la reazione di una persona ansiosa, la distanza geografica che separa la persona dal trigger della propria ansia scompare perché la persona stessa scompare. Il trigger prende tutto lo spazio e in particolare nel caso di solastalgia il trigger è tutto lo spazio con cui la persona ha identificato se stessa fino a quel momento. La temporalità senza tempo delle emozioni prende il sopravvento sulla linearità del tempo dell'individuo. Le regole e categorie del mondo per come le conosciamo scompaiono (Sartre, 1996/1939, p. 90).

Il lavoro che è necessario compiere per guarire dalla paura bloccante dell'ansia da solastalgia è di portare il pre-predicativo dei sentimenti passivi ad espressione su un livello personale così che lo spazio concreto delle emozioni divenga più sostenibile ed ottimistico. Al livello interpersonale è necessario trasformare lo spazio circostante in uno spazio amichevole e riportare fiducia nell'armonia persino dove sono stati incontrati limiti pratici. Per questa ragione, l'individuo ha bisogno di sentire il supporto emotivo delle altre persone che guardano alla realtà emotiva di quello spazio con gli stessi occhi ma in modo trasformativo. La persona affetta da solastalgia ha bisogno di essere vista nella sua interezza e deve poter ricevere gli strumenti concreti per mettere in pratica un'azione trasformatrice capace di rinnovare i significati centrali della propria vita.

VIII. Una Speranza

Vi sono modelli che considerano i disordini emotivi causati dall'ansia come "1) estrema intensità delle emozioni 2) povera comprensione delle emozioni 3) negativa reattività agli stati emotivi di qualcuno (i.e. paura delle emozioni); e 4) incapacità di adattare le risposte emotive all'organizzazione". (Mennin et al., 2002, 2004). Diversamente dai modelli più repressivi questi approcci provano a leggere le emozioni secondo la loro struttura emotiva interna e in relazione all'impatto che hanno sull'individuo⁴. Le emozioni hanno bisogno di essere ascoltate e propriamente processate. In questo risiede la nostra speranza di ricostruire una realtà più accogliente dopo gli effetti devastanti della corrente pandemia. La struttura gerarchica dell'ansia (Clark & Watson, 1991; Brown et al., 1998; Zinbarg & Barlow, 1996) mostra come

gli affetti negativi abbiano un impatto negativo sulla sintomatologia degli umori e dell'ansia. Questo conduce i teorici analitici a prendere in seria considerazione le emozioni nell'eziologia dei disordini d'ansia nonostante la complessità che ogni emozione comporta. Inoltre, Friman, Hayes, and Wilson (1998) affermano che l'ansia e le emozioni come concetti generali non dovrebbero essere evitati da comportamenti radicali. Le emozioni, persino quelle che ci recano dolore sono chiavi importanti per accedere al proprio senso di realtà. Durante il lockdown, l'energia impiegata nella comprensione delle proprie emozioni e del senso di realtà generato da esse ha consentito di raggiungere una più alta capacità adattativa al trauma e di ricostruire con più resilienza il proprio senso di luogo intersoggettivo libero da contrazioni emotive.

La compassionevole accettazione e comprensione della propria condizione accende la speranza verso un'alterità che altrimenti andrebbe persa e ci aiuta ad apprezzare il senso di spazio intersoggettivo che è possibile ricostruire con gli individui che vivono nella stessa condizione. Cantare dai balconi, le chat su WhatsApp, gli aperitivi Skype sono state modalità con cui gli individui, avendo compreso e compassionevolmente accettato la loro condizione, hanno potuto generare nuovi luoghi di alterità e appartenenza per combattere la perdita di significati e la contrazione di spazi comuni.

Credo che prestare attenzione alle emozioni e provare una compassionevole comprensione della realtà che le modulazioni emotive creano possa aiutare la persona solastalgica molto di più di quanto un approccio esclusivamente cognitivo possa fare; l'accettazione compassionevole della propria esperienza di dolore è, infatti, il modo più convincente per rigenerare intimità con le proprie emozioni e affezioni ricreando al contempo il proprio senso di appartenenza a un luogo ormai perso.

IX. Conclusione

In questo articolo ho esaminato la nozione di solastalgia e come essa si rapporti all'idea di luogo, in particolare durante la contrazione di spazio dovuta al lockdown e all'obbligatorio uso di maschere protettive. Riflettendo sulle domande sollevate da Pannell (2016), ho mostrato come sia possibile aprire una porta alla speranza attraverso una maggiore attenzione all'esperienza pre-verbale e al modo in cui possa venire portata ad espressione attraverso compassionevole accettazione delle proprie emozioni. Prendersi cura dei significati attribuiti al paesaggio fisico ed emotivo e incoraggiare una trasformazione, anche creativa e insolita, che includa una nuova forma di appartenenza e alterità intersoggettiva può avviare un processo di guarigione. Mentre l'ansia nella persona che soffre di solastalgia funziona come una sorta di bacchetta magica che trasforma qualunque spazio in un buco nero dove l'individuo scompare, il senso di appartenenza che l'individuo può ricreare attraverso l'osservazione compassionevole della realtà emotiva riesce a fare spazio ad una dimensione intersoggettiva alternativa al buco nero. Naturalmente, sostegno concreto è necessario perché la persona solastalgica sopravviva a un ambiente

costantemente ostile. Gli interventi focalizzati sulla guarigione collettiva e individuale che rendono possibile l'affrontare la solastalgia in modo efficace devono essere in armonia con la promozione del benessere umano e del suo ecosistema.

Note:

¹ Le traduzioni della letteratura straniera citata sono mie. Colgo inoltre l'occasione per ringraziare Francesca Brencio per l'idea di questo articolo e Emanuela De Bellis e Xavier Letizia per le fertili conversazioni sull'argomento.

² Si veda, Galway, 2019, online: "The year 2018 had the largest number of papers published (17%) suggesting a growing interest in solastalgia since the early 2000s. It should be noted that our review only covered articles published between January and October 2018, and therefore did not capture the full year. The use of the concept is not confined to a specific discipline; the solastalgia literature spans a wide range of academic disciplines, including public health, human geography, anthropology, and philosophy".

³ Si veda, IPCC: "In October 2018, the Intergovernmental Panel on Climate Change issued a special report on the impacts of global warming of 1.5 °C [14]. Soon after, the Fourth National Climate Assessment was issued by 13 U.S. federal agencies and presented a stark warning for climate change consequences [15]. In December 2018, the 24th Conference of the Parties to the United Nations Framework Convention on Climate Change (COP24) outcomes highlighted the importance of staying within the 1.5 °C temperature rise target, as well as planning for how to achieve this goal" retrieved from https://www.ipcc.ch/site/assets/uploads/2018/11/pr_181008_P48_spm_en.pdf.

⁴ In particolare, Barlow (2002) ha descritto l'ansia e i disordini emotivi come disfunzioni emotive del modo in cui si è soliti processare le emozioni; anche se un forte spazio alla cognizione rimane, questo modello non risolve la disfunzione emotiva in repressione ma in ascolto.

Fenomenologia della paura: passare attraverso la tempesta per rinascere

Nicoletta Ghigi

I. L'immobilismo: tempo "morto" e vita in standby

Il punto di inizio dell'epoca COVID-19 è stato unanimemente la paura: il terrore di ammalarsi e finire in isolamento nella fredda e solitaria camera di una sala di rianimazione, è diventato l'incubo della maggior parte di noi. Il continuo martellamento dei media con relativa presentazione di immagini di morte e sofferenza ha fatto il resto. La gran parte delle persone che entravano nella cosiddetta "fase di emergenza COVID-19" è sprofondata in una situazione emozionale carica di angoscia e disperazione. L'aspetto però forse ancora più terribile e che qui vale la pena analizzare, si è subito concretizzato come una corale *mancanza di reattività psichica* agli eventi, di capacità critica che, dal quel momento, si è infiltrata nelle singole comunità umane, nei rapporti tra persone e, infine, nelle famiglie.

Ciascuno di noi era pervaso da una incertezza totale. Le dichiarazioni provenienti dagli addetti ai lavori, dalla comunità scientifica (virologi e epidemiologi e, più in generale, ricercatori all'interno del sistema sanitario) non sempre erano infatti convergenti, e il risultato di tale indefinibilità della questione della gravità o meno della situazione è degenerato progressivamente, dando forma ad una assoluta immobilità in ciascuno: sulle persone è calata una nebbia profonda di incertezza sul *come* agire e reagire. Nessuno riusciva più a comprendere bene quanto fosse drammatica la situazione oppure cosa precisamente ci aspettasse nell'immediato futuro. Quanto mancava era dunque il polso della situazione e la corrispettiva capacità di prendere posizione o di reagire, in un modo o nell'altro.

Questo silenzio acritico e la relativa immobilità nella chiusura del lockdown ha subito avuto una prima conseguenza sul piano psicologico e emozionale: la sensazione di vivere in una dimensione di sospensione, come se vi fosse una reale frattura del tempo "di prima" e "dell'ora"; come se, cioè, vi fossero due modi di vivere il tempo: quello pre COVID-19, della fuga dietro le cose da fare, e quello della "pausa con corona" della fase COVID-19 in cui tutto è fermo, sospeso, silente, appunto in una pausa in cui *risuonano* gli armonici dell'accordo appena suonato, ma nessuno strumento, *in realtà, effettivamente* sta più suonando¹.

Molti hanno interpretato così questa prima fase: il momento di "tempo sospeso" in cui tutto tace, quasi non vi fosse vera vita. Un tempo morto insomma che, non potendo essere appunto vissuto², può solo essere occupato dall'attesa del suo superamento. Le attività sono bloccate, nessuno sa bene cosa fare e come spendere il proprio tempo nel silenzio, e conseguentemente, ci si sente come di vivere "in apnea",

“in attesa di...”. Il tempo, come molti hanno scritto, “si è fermato”: bisogna stare “in attesa di” qualcosa che interrompa questo silenzio e che faccia ripartire tutto. Un vaccino, una regressione del virus stesso, una soluzione sociale (il distanziamento) che sappia porre fine a questo tempo “morto”.

Ma questa attesa, questa continua anticipazione di un tempo-che-dovrà-venire, esplicitato dai vari slogan inevitabilmente incentrati sul futuro - “andrà tutto bene”³ -, mano a mano che passano i giorni, non dà i suoi frutti e si manifesta come una grande illusione: l’illusione che quel tempo della pausa possa essere un non-tempo, un tempo che invero non è scorso e che non è esistito, se non in funzione del suo superamento, esattamente come nell’incantesimo della favola della Bella Addormentata nel Bosco in cui tutti sono addormentati e inattivi per cento anni e poi, con lo sciogliersi dell’incantesimo della strega cattiva, tutto torna ad essere “come prima”.

Ma in realtà, *questo* tempo di pausa *non ritorna a ciò che c’era prima e non porta a qualcosa di prestabilito*. Non risolve in alcun modo in qualcosa di atteso, ma anzi ci spinge a pensare in una nuova dimensione: nulla sta andando come pensavamo, nulla ritorna come prima. Esattamente come il tempo della pausa in cui il suono passato non risuona più, e le note passate non possono tornare nella forma dell’accordo sentito, così accade in *questo* tempo.

Che senso ha avuto dunque questa attesa? Qual è il “nuovo accordo musicale”, il nuovo contesto con il quale dovremo fare i conti? Possiamo pensare che quella sospensione fosse stata anche essa suono⁴, una “richiesta d’attesa” un contenuto ricco e denso da cui poter apprendere un nuovo approccio al vivere o, detto ancora nella metafora armonica, un suono addirittura più potente e fecondo rispetto a quello precedente, ormai quasi inascoltato e scivolato in una ripetitiva nenia?

II. Il contagio emotivo: l’altro come nemico nascosto

L’altra grande paura subito susseguente a quella dell’ammalarsi o di morire, come ai tempi della peste descritta dal Manzoni in cui “il sentire faceva l’effetto del vedere”⁵, si è concretizzata da subito come terrore dell’altro: paura del mio simile come “portatore di morte”. L’altro ora si presenta come probabile pericoloso untore, consapevole o inconsapevole che sia, asintomatico o leggermente malato. Il contagio virale si trasforma in quello che Scheler definisce “contagio emotivo”⁶, in cui le persone si suggestionano a vicenda producendo, mediante un incrociarsi di opinioni e nel vissuto emozionale condiviso, un disvalore di vita: tutti insieme si teme lo stesso oggetto e questa paura diviene contagiosa e si irradia, per lo più inconsapevolmente, negli animi umani, radicandosi sempre più forte in essi. L’altro è un nemico. Tutti abbiamo visto scene incredibili nei primi mesi del lockdown: esseri umani impazziti dall’odio in casi

assurdi di involontario avvicinamento, o persone tramutate in giudici impietosi pronti a segnalare e denunciare il vicino, il parente, l'amico per presunte infrazioni ai protocolli stabiliti dallo Stato⁷.

L'altro diventa dunque pericoloso e va guardato con sospetto. Per proteggere l'umanità nell'emergenza sanitaria, ciascuno si sente in dovere di denunciare l'altro per le sue presunte inadempienze nei confronti della legge. Come la *Thought police* in "1984" di Orwell, con l'idea di agire per il Bene comune, alcune persone si sono sentite legittimate a interpretare e giudicare non soltanto le azioni, ma anche le semplici intenzioni dell'altro. In una sorta di perversa empatia negativa (o anti-empatia⁸), molti hanno creduto di essere in pieno diritto di "poter entrare nella vita e nelle intenzioni dell'altro", spiando, giudicando e, nei peggiori casi, denunciandone alle autorità le eventuali conseguenze.

Ne consegue l'insegnamento ai bambini al distanziamento sociale. La fatica terribile di insegnare ai bambini ad avere paura di avvicinare gli altri bambini. La fatica ad insegnargli ad intraprendere un percorso innaturale, non biologico nell'umano, per evitare il contagio del virus. *Insegnare ad aver paura*, a non avvicinare l'altro: promuovere insomma il contagio emotivo, per evitare il contagio del virus.

Ma anche questa è una illusione: anche se cresce il contagio emotivo della paura del virus, il virus si diffonde ancora nel mondo. Anzi: contagio emotivo e contagio virale procedono insieme confondendosi e alimentandosi reciprocamente, fino a non distinguersi quasi più, per fondersi infine e produrre soltanto un unico concetto.

III. L'errata analogia tra protezione e solitudine

Questa solitudine a cui, alla fine, il contagio emotivo per mezzo di una innaturale empatia negativa ci ha condotti, non sembra tuttavia proteggerci. Lo stare soli, isolati, in casa non ci salva dal virus, - probabilmente anche più grave per la sua non osservabilità diretta né quantificabilità -, che a questo punto inizia chiaramente ad esplicitarsi: il virus della paura. La scelta dell'isolamento volontario e di una consapevole solitudine ci protegge forse momentaneamente dal COVID-19, ma non ci salva dal contagio emotivo a cui - a causa sua - siamo stati inconsapevolmente sottoposti, da mesi, per il tramite di continui e incessanti ripetitori mediatici⁹, di contatti social, di mezzi informatici di ogni tipo, in ciò incluse anche le potenti fake news esplose in questo momento come le più terribili bolle di sapone e di sadismo della storia mediatica¹⁰ e, non meno, dalle percezioni sensoriali indotte, mediante i contatti diretti tra le persone (contagio emotivo dell'empatia negativa).

Per “guarirci” da questa tipologia di contagio, siamo noi stessi a dover compiere nella nostra vita alcuni passaggi importanti che chiariscano, in primo luogo, a noi stessi da quale parte vogliamo stare. La paura del virus ci ha colpiti coralmente, come umanità. La stessa inquietudine che in questi giorni serpeggia negli Istituti scolastici italiani a causa della riapertura “in sicurezza”, ne è la prova. La maggior parte di noi vive nel terrore. Ancora si contano giornalmente i positivi i malati e i ricoverati a differenti stadi della malattia; ancora si odiano gli asintomatici e si mettono alla gogna coloro che si sono infettati, magari nel periodo di soggiorno all'estero o in località in prossimità di focolai. Il contagio emotivo è dunque decisamente molto forte. Anche se non abbiamo il COVID-19 e ci proteggiamo con tutti i presidi possibili, il fatto di essere sani è anche qui una illusione. Siamo assolutamente malati, indubbiamente malati. La protezione adottata con tutti i mezzi contro il COVID-19 non ci salva infatti dalla paura e dall'empatia negativa, né dalla incomprensibile attitudine a giudicare e condannare persone con le quali abbiamo vissuto per anni in pace. La malattia peggiore, umanamente parlando, è dunque quella della *paura che si trasforma in angoscia sociale*¹¹, la quale andando insieme a quella biologica naturale, la fomenta e la rafforza continuamente.

È dunque proprio dalla paura che bisogna ripartire: dalla “pura paura” proprio generata dal contagio emotivo che subdolamente si trasmette di animo in animo mediante l'empatia negativa, e progressivamente si diffonde e si radica nella profondità dello spirito umano, senza che l'umanità se ne possa, nella maggior parte dei casi, avvedere¹². La “paura pura” in cui nascono diverse stratificazioni: da quella della malattia e della morte, alla paura di vivere e del tempo che passa; dalla paura della ferita che l'altro può infliggere, alla paura della solitudine che produce rabbia, frustrazione e volontà di vendetta e di cui il COVID19 è soltanto una esternazione esplicita, diretta e concreta.

Ma come è possibile ripartire, quasi-rinascere *dalla e mediante* la paura pura? Possiamo considerare la “paura pura” e tutte le sue forme come “possibilità” e, dunque, addirittura il COVID-19 come “occasione” per un *rinnovamento*, per una riconsiderazione critica del “presente vivente”¹³, del nostro vivere individuale e dell'umanità in generale?

IV. Per una antropologia della speranza: la paura come possibilità per una nuova empatia

Da quanto finora descritto, abbiamo compreso che, nutrendo la paura in questa epoca così complessa e difficile, l'umanità non ha fatto altro che produrre il nuovo “apriori storico” delle *illusioni virali*. L'illusione di un tempo sospeso che, una volta passato, tutto sarebbe tornato come prima; l'illusione che, distanziandoci dall'altro e spesso giudicandolo in mala fede nei suoi comportamenti e nelle sue intenzioni,

si resti sani; l'illusione infine che isolarsi e chiudersi al mondo ci protegga dal contagio. Ma le illusioni sono appunto inconsapevoli, false percezioni della realtà, mancate consapevolezza di quanto "effettivamente" abita il nostro vivere. La malattia davvero "mortale", come osservava Kierkegaard, non è la morte, ma l'allontanarsi da se stessi, la perdita di consapevolezza, il non riconoscersi: la disperazione¹⁴. Questa "morte nell'anima"¹⁵, il perdere contatto con se stessi è la vera perdita della vita.

Dobbiamo allora intenderci sul vero senso di malattia e, ancor più, su cosa vogliamo che sia "vita". Se è vero che, come tutti i virus, il COVID-19 può certamente essere fatale per la vita dell'essere umano, di sicuro e indubitabile è il fatto che nutrendo la paura e alimentando la formazione di ipotetici scenari da essa creati, la vita dello stesso, la propria individuale realtà¹⁶ è ancora più in pericolo: egli, per così dire, lasciandosi guidare dalle illusioni, "non sa più quello che vuole"¹⁷. Non sa più neppure pensare: egli cade "fuori dal mondo" e, "con idee morte"¹⁸, produce un comportamento malato, in cui tenta di sopravvivere, ma in realtà non vive realmente né in maniera sana. La sua vita non è neppure propriamente "sua", bensì guidata da un impersonale contagio emotivo che condiziona e governa, a sua insaputa, ogni suo agire. L'essere umano impara così a vivere, curando l'oggetto sbagliato: il solo vissuto della paura, piuttosto che l'insieme dei vissuti temporalmente estesi e intrecciati in ciascuno di noi, con la loro completezza e articolazione individualmente unica.

Un'antropologia della speranza è dunque quello che si vorrebbe qui proporre come alternativa: la riconsiderazione dell'essere umano come padrone della propria vita (colui "che ha in mano il dispositivo di manovra"¹⁹), in grado veramente di decidere e di aver cura²⁰ delle proprie decisioni, e al contempo la piena presa di coscienza di quanto ciascuno porta in sé con il suo vivere, del suo compito su questa terra e della relazione di autenticità (di proprietà strutturale) che intrattiene con l'altro e con ciò che lo circonda. Riporre nell'umano la speranza di una "conversione" è dunque, a questo punto, la nostra scommessa. *Convergere* significherebbe dunque trasformare, cambiare rotta e forse anche "ritornare sulla vecchia via", muovendo proprio da un'analisi critica della paura e del contagio emotivo che sta affliggendo l'umanità. *Curare la paura* potrebbe dunque divenire una possibilità per fare o, meglio, per tornare a fare i conti con quanto, oltre la paura del COVID-19, "agisce indisturbato sullo sfondo", demolendo gli individui e le comunità personali.

La "nuova empatia" che potrebbe fungere da strumento all'antropologia della speranza si presenta innanzitutto come una riappropriazione della propria vita, ossia come una riconsiderazione del proprio

sé mediante il ritorno alla cura del proprio vissuto, e che, piuttosto che “rendersi conto”²¹ del vivere emozionale altrui, rivolga l’attenzione e l’ascolto al *proprio* vissuto interiore. Un’empatia, insomma, che più che guardare all’alterità, sia ascolto della “voce della coscienza”²², e sguardo attento e in ascolto di “ciò che funge” dietro alle emozioni negative, quelle che inducono all’immobilità, allo spaesamento, alla rabbia e all’odio verso l’altro, e infine alla spersonalizzazione individuale e della comunità²³.

Empatizzare con se stessi potrebbe allora significare dare spazio ad un *ascolto produttivo*²⁴ di ciò che la paura e il contagio emotivo hanno generato in ciascuno di noi: equivarrebbe insomma a fare i conti individualmente e comunitariamente con la paura e con le emozioni ad essa correlate e, attraverso l’incontro personale e diretto con ciò che fluisce dentro di noi, risorgere con un volto nuovo e una rinnovata volontà di essere se stessi.

Note:

¹ Il fenomeno della risonanza non è di per sé suono reale. La pausa musicale è dunque una particolare “ritenzione” del suono appena passato e anche protenzione o aspettativa di un nuovo suono, ma non suono effettivo. Tuttavia, osserva Husserl, la ritenzione del suono appena passato (“ricordo primario del suono”), un accordo o una nota che ora non-suona-più (“non effettivamente reperibile”), è comunque un vissuto del suono, “diverso in quanto alla individualità” (al “materiale di sensazione”), ma pur sempre presente nella coscienza. La pausa dunque, come lo stesso do che ho suonato “adesso e dopo” la pausa, nei differenti contenuti, “differenti impressioni”, occupa anche essa un unico “posto temporale”. Può dunque essere anche essa ritenuta vissuto del suono a pieno titolo (E. Husserl, *Per la fenomenologia della coscienza interna del tempo*, tr.it. A. Marini, Franco Angeli, Milano 1998, pp. 67; 96-97).

² Il tempo morto, in realtà non esiste, così come “l’attesa pura e semplice”. Chi aspetta e crede di non vivere il suo tempo, di esserne sospeso e immune da eventuali mutamenti, si illude: egli ne è soltanto inconsapevole e ed è vissuto dal suo stesso tempo, passivamente. Costui è “come un divoratore il cui apparato digerente fa passare una grande quantità di alimenti senza estrarne l’utile valore nutritivo” (T. Mann, *La montagna incantata*, tr.it. E. Pacar, Garzanti, Milano 2012, p. 222).

³ Uno slogan che ha destato tra l’altro non poche polemiche, se non altro per l’irriverenza verso coloro che, nel frattempo, perdevano numerosi amici e familiari a seguito del virus e che certamente non potevano accogliere né immaginare un futuro “arcobalenato”, quanto meno, nell’immediato.

⁴ “Studiare le sospensioni di suono o pause”, come insegnano i grandi Direttori d’Orchestra, è fondamentale per comprendere il senso di una partitura e interpretare al meglio il compositore. La pausa non è mai mancanza di suono e la sua funzione è appunto quella di cercare attenzione e produrre immaginazione creativa nell’ascoltatore, tale da consentirgli di immaginare ed accogliere un nuovo orizzonte armonico ancora sconosciuto.

⁵ Presi dalla paura dell’untore gli animi abbracciavano più volentieri l’emozione della collera verso l’altro, piuttosto che cercare di vedere la vera causa, perché a tale emozione “piace più attribuire i mali a una perversità umana, contro cui possa far le sue vendette, che di riconoscergli da una causa, con la quale non ci sia altro da fare che rassegnarsi” (A. Manzoni, *I promessi sposi*, Mondadori, Milano 1981, pp. 505-506).

⁶ Sperimentiamo un “contagio emotivo”, secondo Scheler, quando ci rendiamo conto attraverso una presa di coscienza mediante “inferenze e ragionamenti” che la tristezza inspiegabile che ora proviamo era, ad esempio, lo stato d’animo “di un gruppo di persone cui si è fatto visita poche ore prima” (M. Scheler, *Essenza e forme della simpatia*, tr.it. Franco Angeli, Milano 2010, p. 49).

⁷ Il noto fenomeno dei cosiddetti “sceriffi da balcone” o “leoni da tastiera” a seconda del luogo di osservazione e di espletamento del giudizio, è oggi oggetto di studio di psicologi e sociologi. Questi “delatori” in Italia sono assurti agli onori delle cronache come protagonisti dell’emergenza sanitaria per quella che ritenevano essere la loro “missione segreta” di trovare un colpevole, l’untore da mettere alla gogna. La paura incontrollata conduce tali osservatori a denunciare, postando foto o direttamente offendendo il presunto criminale, come se chi è costretto a stare in casa, magari in solitudine, dovesse necessariamente punire chi, per ragioni a lui sconosciute ma potenzialmente valide, invece non è solo e in sofferenza. Riguardo alla “assoluta necessità” da parte di alcuni di trovare un capro espiatorio del tutto irragionevolmente, De Martino aveva già

sottolineato come “la caduta dell’energia di oggettivazione” altro non sia che una forma di nevrosi scaturita da un antico senso di colpa non elaborato: la “colpa per eccellenza” (E. De Martino, *Morte e pianto rituale. Dal lamento funebre antico al pianto di Maria*, Bollati Boringhieri, Torino 1975, p. 31).

⁸ Riprendendo Lipps, Stein descrive come “empatia negativa” il caso in cui si presenti una sorta di resistenza in me ad accogliere il vissuto emozionale effettivo dell’altro. Può infatti darsi il caso, ad esempio, che “nello stesso istante in cui un amico mi dà una notizia gioiosa, tutto il mio essere è già riempito da un sentimento doloroso motivato dalla perdita di una persona cara. Il dolore impedisce alla gioia che colgo empaticamente di dar luogo ad un «co-sentire»” (E. Stein, *Il problema dell’empatia*, a cura di E. Costantini e E. Schulze Costantini, Studium, Roma 2003, p. 85). Allo stesso modo, nel nostro caso, l’empatia negativa nasce dal pregiudizio di un sentire offuscato dalla paura e quindi dall’impedimento fattuale di sentire quanto realmente l’altro sta vivendo emozionalmente.

⁹ Spesso si definisce questo sistema di informazione “infodemia”, ossia: “diffusione di una quantità di informazioni enorme, provenienti da fonti diverse e dal fondamento spesso non verificabile”. Da questa diffusione si propaga una sorta di “contagio informativo” che “ha l’effetto di rendere assai più complessa la gestione dell’emergenza, in quanto pregiudica la possibilità di trasmettere istruzioni chiare e univoche e di ottenere, quindi, comportamenti omogenei da parte della popolazione” (M. Cristina Piegari, “Coronavirus. Le false informazioni fanno più vittime della malattia”, *Il Messaggero*, 21 aprile 2020).

¹⁰ La forza delle pseudo-verità e la loro pericolosità è oggetto di molti studi scientifici, in cui si fa presente che il nostro bisogno di fomentare la paura o di trovare risposte immediate e verità certe, anche se spesso facilmente sbugiardabili, è in un qualche senso “rassicurante”. Sembra un paradosso ciò che i sociologi hanno rilevato da studi su COVID-19 e fake news, ossia che i bambini o, più in generale, i nativi digitali hanno più facilità a smontare una verità “fake” rispetto ad un anziano. In quest’ultimo infatti la paura di morire è più forte e la paura “globale” di una verità, per quanto assurda ma certa (perché detta dalla televisione o in quanto dichiarata pubblicamente e, dunque, ufficiale), sembrerebbe in un certo senso proteggerlo dall’incertezza. Da parte di chi invece produce fake news, la forza di queste ultime starebbe nel “curare” la frustrazione di elementi narcisisti che “sparando” verità risolutive e originali, possono “fingere un’autodeterminazione e un’indipendenza” che li eleva e distingue rispetto alla massa “poco pensante” (S. Paoli, “Coronavirus fake news. Perché ne abbiamo bisogno per sopravvivere”, in https://www.corriere.it/salute/20_maggio_18).

¹¹ La paura si trasforma in angoscia quando non ha più sembianze definite e produce un disagio profondo che si irradia a tutto il vivere individuale e sociale. Si configura pertanto come una paura nascosta, “senza volto” (cf. R. Gentile, *Il potere senza volto. Un contributo psicologico allo studio dell’angoscia sociale*, Franco Angeli, Milano 1995).

¹² Strutturandosi come un sentire un’emozione “in prima persona a causa dell’emozione di un altro”, la caratteristica più propria del contagio emotivo è precisamente nel non consentire a chi sente, ad esempio, la paura, una vera “consapevolezza della sua causa” (A. Donise, *Critica della ragione empatica. Fenomenologia dell’altruismo e della crudeltà*, Il Mulino, Bologna 2019, p. 119).

¹³ Husserl parlava di rinnovamento “etico-sociale” mediante una *Besinnung*, una presa di coscienza etico-individuale del senso di cui l’umanità è portatrice in ogni contesto temporale (presente vivente). Soltanto da tale consapevolezza individuale, critica e responsabile, è poi possibile dar forma ad un’etica universale. Rinnovamento significa dunque, innanzitutto, consapevolezza di se stessi nel proprio tempo. Questo fa di ciascuno “in senso pregnante”, un “soggetto di volontà”, un individuo cioè che “non segue più «involontariamente» il corso degli affetti [...], ma prende da sé «liberamente» la propria decisione”, nella “coscienza di sé” e di ciò che propriamente gli appartiene (E. Husserl, *L’idea di Europa*, tr.it. C. Sinigaglia, Raffaello Cortina, Milano 1999, p. 29).

¹⁴ Così la intendeva Kierkegaard: ne La malattia mortale: è sprecata la vita di colui che vive senza mai divenire “consapevole di se stesso come spirito, come «io»”. È questa la “malattia mortale”: non piuttosto la morte, ma la disperazione, ossia la perdita della consapevolezza dell’io, di essere spirito e “rapporto che si rapporta a se stesso” con la finalità di giungere al fondamento del rapportarsi medesimo (S. Kierkegaard, *La malattia mortale*, tr.it. C. Fabro, SE, Milano 2008, pp. 29; 17).

¹⁵ J.P. Sartre, *La morte nell’anima*, tr.it. Mondadori, Verona 1971, p. 342.

¹⁶ Scheler lo definisce: *Vorbild* (M. Scheler, *Formare l’uomo. Scritti sulla natura del sapere, la formazione, l’antropologia filosofica*, a cura di G. Cusinato, FrancoAngeli, Milano 2009, pp. 71-72).

¹⁷ J.P. Sartre, *La morte nell’anima*, cit., p. 342.

¹⁸ *Ibidem*.

¹⁹ E. Stein, *La struttura della persona umana*, cit., p. 110.

²⁰ Una cura che significa attenzione al proprio mondo, al vissuto che porto con me: una cura che sia frutto di una diagnosi fatta “con il sentimento”, invece che con pregiudizi quantificatori (L. Binswanger, *Per un’antropologia fenomenologica. Saggi e conferenze psichiatriche*, tr.it. E. Filippini, Feltrinelli, Milano 2007, p. 289).

²¹ E. Stein, *Il problema dell’empatia*, cit., p. 72.

²² M. Heidegger, *Essere e tempo*, tr.it. P. Chiodi, Longanesi, Milano 1992, p. 326 e sgg.

²³ Con “spersonalizzazione individuale e della comunità” si intende la perdita del valore differenziale dei singoli che operano al suo interno, tramutandola in ciò che Le Bon definisce: “folla”. Ciò avviene, ad esempio, quando si vive in un contagio emotivo comunitario, dove le persone non possono più essere distinte tra loro come insieme di individui aventi differenti personalità e differenti comportamenti. La “folla” non è più insieme di persone differenti tra loro, bensì il loro annullamento in una unità, in cui gli individui “che la compongono – indipendentemente dal tipo di vita, dalle occupazioni, dal temperamento o dall’intelligenza – acquistano una sorta di anima collettiva per il solo fatto di appartenere alla folla”. A ciò consegue che, quando si fa parte di una folla, “il celebre matematico e il suo calzolaio” avranno gli stessi modi di pensare e lo stesso

comportamento, a prescindere dalla differente cultura o dai differenti vissuti (G. Le Bon, *La psicologia delle folle*, tr. it., TEA, Milano 2004, pp. 49; 51).

²⁴ Barreira parla di un ascolto sospensivo, privo di giudizi e di pregiudizi che vale tanto nei confronti del mondo altrui quanto del proprio (C. Barreira, *Escuta suspensiva*, in M.A. Kalinke, M. A. Viggiane Bicudo, V. Spididião Kluth (a cura), *Anais do V Seminário Internacional de Pesquisas e Estudos Qualitativos: Pesquisa Qualitativa na Educação e na Ciência em Debate*, UNIOESTE, Foz do Iguaçu 2018, pp. 1-12).

I Quaderni della ginestra

La rivista telematica «Quaderni della ginestra» (ISSN 2240 – 337X) nasce all'interno del Dipartimento di Filosofia dell'Università di Parma come risultato del lavoro di alcuni studenti che già facevano parte dell'associazione culturale *La Ginestra* e della redazione del quadrimestrale *La Società degli Individui* (Franco Angeli). Il fine è sperimentare nuove rubriche e offrire eterogenei spazi di riflessione filosofica. Ospita contributi di vario tipo, privilegiando l'originalità.

Sito: <http://www.la-ginestra.com/quaderni/>

*Se, colto dalla notte dove i rami intrecciati
Escludono il raggio lucente della luna,
Il tetro Sconforto impaurisse i miei pensieri,
E, accigliato fuggisse la dolce Allegria,
Ti prego, un raggio affaccia di luce per lo sconnesso
Tetto di paglia, scaccia lo Sconforto Maledetto.
E se la Delusione, madre dell'Angoscia,
La figlia spingesse a predare il mio cuore sbadato,
Quando, come una nube, sull'aria assisa
S'appresta a colpire la vittima ammaliata,
Tu cacciala via, dolce Speranza, col tuo viso di luce
Spaventala, come la mattina quando terrorizza la notte.*

J. Keats



Banksy, graffito urbano raffigurante La ragazza con l'orecchino di perla ai tempi del coronavirus, Bristol (UK)