

IL PROBLEMA DEL BURN-OUT TRA VERO E FALSO SE'

Franco Baldoni

In: Galli G. (a cura di): *Interpretazione e cura*. Atti XXII Colloquio sulla interpretazione (Macerata, 11-12 Marzo 2002). Istituti Editoriali e Poligrafici Internazionali, Pisa-Roma, pp. 61-76, 2003.

1. Premessa

Il fenomeno del *burn-out* (letteralmente bruciato, scoppiato, esaurito) è stato evidenziato per la prima volta nel 1974 dallo psicoanalista statunitense Herbert J. Freudenberger¹ che, in un articolo sulla rivista *Journal of Social Issues*, ne descrisse le caratteristiche fondamentali riscontrandolo negli operatori di una struttura psichiatrica. Successivamente il problema è stato approfondito da Christina Maslach^{2 3} che ha sviluppato una procedura valutativa basata su un questionario autosomministrato molto utilizzato nell'ambito della ricerca.

Si tratta sostanzialmente di una reazione di disadattamento lavorativo, cioè di una condizione di demotivazione e disimpegno in risposta allo stress e alla tensione sperimentati sul lavoro⁴. Questo stato è spesso accompagnato da disturbi emotivi quali ansia, depressione, senso di inutilità, vuoto, noia, diminuzione della capacità di concentrazione, della memoria e delle altre prestazioni intellettive, oltre che da disturbi somatici di vario tipo (gastrointestinali, cardiologici, dolorosi, osteoarticolari, respiratori, endocrini), che rendono penosa la vita di chi ne soffre ostacolandone non solo il rendimento lavorativo, ma anche le capacità affettive e relazionali⁵.

Inizialmente la maggior parte delle ricerche cliniche ed epidemiologiche su questo argomento sono state focalizzate sullo studio delle professioni ritenute maggiormente a rischio in quanto richiedono un particolare impegno emotivo conseguente al doversi far carico dei problemi

¹ Freudenberger H.J. (1974): Staff burn out. *Journal of Social Issues*, 30, pp. 159-165.

² Maslach C., Jackson S. (1981): *Maslach Burn-out Inventory Manual*. Consulting Psychologist Press, Palo Alto, CA. Adattamento Italiano di Stefanile C. e Sirigatti S., Organizzazioni Speciali, Firenze, 1993.

³ Maslach C. (1982): *Burn-out. The cost of caring*. Prentice Hall Press, Inc., New York. Trad. it. *La sindrome del burn-out. Il prezzo dell'aiuto agli altri*. Cittadella Editrice, Assisi, 1992.

⁴ Cerniss C. (1980): *Staff burn-out: job stress in the human services*. Sage Publication, Beverly Hills. Trad. It. *La sindrome del burn-out: lo stress lavorativo degli operatori dei servizi socio-sanitari*. Centro Scientifico Torinese, Torino, 1983.

⁵ Pellegrino F. (2000): *La sindrome del burn-out*. Centro Scientifico Editore, Torino.

degli altri. Tra queste attività sono state indagate particolarmente quelle di tipo terapeutico (medici, infermieri, psicologi clinici, psicoterapeuti) e, in misura minore, altre che, pur non appartenendo all'area sanitaria, vengono comunemente riconosciute come *helping professions* (tecnici della riabilitazione, assistenti sociali, educatori professionali, insegnanti, sacerdoti, poliziotti) ⁶. Più recentemente gli studi sono stati allargati ad ogni settore lavorativo.

In queste pagine ho cercato di affrontare il problema del burn-out considerando non tanto le difficoltà legate ad una specifica situazione lavorativa (come il sovraccarico di impegni, le aspettative elevate dei superiori, i turni di lavoro, i cambiamenti di funzione o di organizzazione, una condizione di *mobbing*) o quelle inerenti ad un particolare ruolo professionale (ad esempio una professione di aiuto) oppure a una condizione di sofferenza emotiva (valutata in termini di stress, di ansia, di depressione, di difese, di psicopatologia o di problemi relazionali). Facendo un passo indietro, vorrei considerare l'importanza della scelta lavorativa e in particolare quanto essa sia stata autentica oppure determinata da fattori quali la convenienza, la compiacenza, le aspettative degli altri (della famiglia, degli insegnanti, degli amici, dell'ambiente sociale) o dall'imitazione di modelli percepiti in modo acritico e non sufficientemente personale.

Quanta autenticità mettiamo nel nostro lavoro? Quanto in esso realizziamo bisogni, affetti, ideali e passioni che realmente ci appartengono? Quanto ci procura soddisfazioni reali e profonde? Quanto ci permette di realizzare progetti in cui crediamo e di rappresentarci in un futuro? (Poniamoci la domanda: "Come mi vedo in questo lavoro tra dieci anni?") La risposta è un buon indice del nostro livello di burn-out). Ed infine, quanto siamo disposti a difendere la qualità del nostro lavoro?

2. Autenticità e salute

Il conflitto tra autenticità e falsità, tra sincerità e ipocrisia, tra spontaneità e conformismo è insito nella natura umana. Questo tema è stato oggetto di analisi letterarie (pensiamo a "Lo strano caso del Dr. Jekyll e Mr. Hyde" di Stevenson, a "Il sosia" di Dostoevskij, ad "Amleto" di

⁶ Baldoni F. (2002): *Difficoltà psicologiche e rischio di burn-out negli insegnanti di sostegno*. In Acanfora L. (a cura di): *Come logora insegnare. Il burn-out degli insegnanti*. Edizioni Ma.Gi., Roma, pp. 63-73.

Shakespeare e soprattutto a Luigi Pirandello) quanto motivo di riflessione sia filosofica che psicologica^{7 8 9 10}.

Per le sue influenze sulla salute e sulla qualità della vita, il problema dell'autenticità è stato considerato anche da un punto di vista psicosomatico^{11 12}. In particolare molti studi hanno messo in relazione la capacità di riconoscere ed esprimere le proprie emozioni con lo sviluppo delle malattie. Ricordo a questo proposito la "personalità infantile" descritta da Jurgen Ruesch¹³ nel 1948, il concetto di "pensiero operatorio" elaborato da Pierre Marty e dalla scuola di Parigi¹⁴ verso la fine degli anni cinquanta e quello più recente di "alessitimia" definito da Peter Sifneos e John Nemiah (scuola di Boston) nel 1970¹⁵. In tutti questi casi il problema centrale è il rapporto che l'individuo ha con le proprie emozioni e con i propri bisogni più autentici. Quando questo rapporto è deficitario gli aspetti più significativi di sé non vengono sufficientemente riconosciuti e comunicati. I conflitti con l'esterno vengono evitati, ma si produce negli altri un'impressione di vuoto, di noia e di inautenticità.

Anche in psicosomatica oncologica l'importanza dell'autenticità e del riconoscimento e della comunicazione delle proprie emozioni per il mantenimento di uno stato di salute psicologico e fisico è stata confermata da molti clinici. Studi svolti all'inizio degli anni ottanta da Morris¹⁶ e da Themoshok e Heller¹⁷ hanno individuato una *personalità di tipo C (type C cancer-prone personality)* esposta al rischio del cancro. Si tratta di persone che reprimono costantemente le emozioni, in particolare quelle legate alla rabbia e all'aggressività e che, nelle situazioni

⁷ Trilling L. (1971, 1972): *Sincerity and authenticity*. Harvard University Press, Cambridge, Massachussets.

⁸ Galli G. (a cura di) (1996): *Interpretazione e sincerità*. Atti XVI Colloquio sulla interpretazione (Macerata, 3-4 Aprile 1995). Giardini, Pisa.

⁹ Stella S. (1992): *Il vero e il falso Sé: un'eseplificazione clinica*. In: *Introduzione alla Psicologia Dinamica*. Centro Scientifico Editore, Torino, pp 387-.

¹⁰ Baldoni F. (2002): *Autenticità, emozioni e salute: un sottile filo conduttore*. Quaderni di Psicoanalisi e Psicodramma Analitico. 1 (1-2, Giugno-Dicembre): 57-78.

¹¹ Trombini G., Baldoni F. (1999): *Psicosomatica. L'equilibrio tra mente e corpo*. Il Mulino, Bologna.

¹² Baldoni F. (2002) *op.cit.*.

¹³ Ruesch, J. (1948): *The infantile personality*. *Psychosomatic Medicine*, 10, pp. 134-144.

¹⁴ Marty, P., De M'uzan, M. e David, C. (1963): *L'investigation psychosomatique*. Presses Universitaires de France, Paris. Trad. it. *L'indagine psicosomatica*, Boringhieri, Torino, 1971.

¹⁵ Nemiah, J.C. e Sifneos, P.E. (1970): *Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders*, in O.W. Hill (a cura di) *Modern trends in psychosomatic medicine*, vol. 2, London, Butterworths, pp. 26-34.

¹⁶ Morris T. (1980): A "Type C" for cancer? Low trait anxiety in the pathogenesis of breast cancer. *Cancer, Detection and Prevention*, 3, (abs. 102).

¹⁷ Temoshok, L. e Heller, B.W. (1983) *Introducing the "Type C" constellation into psychological oncology: theory, measurement, and evidence for validity*. Washington, American Psychological Association.

impegnative della vita, utilizzano delle difese psichiche specifiche per evitare pensieri, fantasie o sentimenti spiacevoli (*repressione*) e per non affrontare i problemi e i conflitti negandone l'importanza (*diniego*).

Una conferma delle conseguenze negative della mancanza di autenticità sulla salute si trova anche nelle ricerche, condotte soprattutto in una prospettiva sistemica, sulle famiglie dei pazienti affetti da malattie croniche. In questi casi, infatti, si riscontra frequentemente una situazione familiare che, dietro l'apparente normalità manifestata nei rapporti con l'esterno, nasconde una mancanza di autonomia psicologica e una tendenza alla negazione dei conflitti che sembrano avere un'influenza sia sull'insorgenza che sul mantenimento del disturbo. Questo è stato riscontrato non solo nel caso di patologie psichiche e comportamentali come le psicosi o le alterazioni del comportamento alimentare (anoressia, bulimia, obesità e vomito psicogeno), ma anche in molte malattie mediche quali asma, diabete, psoriasi o rettocolite ulcerosa. Il primo a riconoscere questi aspetti fu Don D. Jackson¹⁸, uno dei fondatori del *Mental Research Institute* di Palo Alto, che ha parlato in questo caso di famiglie restrittive (*restricted families*). Successivamente il pediatra e psichiatra argentino Salvador Minuchin, considerato il maggior esponente dell'indirizzo "strutturale" della terapia familiare, riscontrò difficoltà simili in famiglie da lui definite "psicosomatiche"¹⁹.

L'autore, comunque, che più di ogni altro ha colto le complesse implicazioni esistenziali, psicologiche, mediche e sociali della problematica dell'autenticità è stato lo psicoanalista e pediatra inglese Donald W. Winnicott, al quale si deve lo sviluppo del concetto di vero e falso Sé.

3. Il vero e il falso Sé nell'opera di Winnicott

La teoria del falso Sé consente di affrontare in modo specifico il rapporto tra autenticità e inautenticità umana e si presenta come una ipotesi interpretativa particolarmente convincente, che evidenzia l'importanza di questa problematica per l'equilibrio psicosomatico e ne esplora gli aspetti patologici fornendo indicazioni utili sul piano psicoterapeutico. A Winnicott, come ha giustamente fatto osservare il suo allievo Masud Khan²⁰, va riconosciuto il merito di aver rispettato le persone

¹⁸ Jackson D.D., Jalom J. (1966): *Family research on the problem of ulcerative colitis*. Archives of General Psychiatry, 15, pp.410-418; Trad. it. in P. Watzlawick, J. Weakland (a cura di): *La prospettiva relazionale*. Roma, Astrolabio, 1978.

¹⁹ Minuchin, S., Rosman, B.L. e Baker, L. (1978) *Psychosomatic families*, Cambridge, Mass., Harvard University Press. Trad. it. *Famiglie Psicosomatiche*, Roma, Astrolabio, 1980.

²⁰ Khan M.M.R. (1974): *Lo spazio privato del Sé*. Boringhieri, Torino, 1979.

accettandole per quello che sono, considerandone anche i lati meno autentici e valorizzando le funzioni sane e protettive di questi. Seguendo il suo esempio, è bene evitare un'eccessiva idealizzazione dell'autenticità come valore supremo che porterebbe inevitabilmente a posizioni semplicistiche e poco attinenti con la realtà umana.

Winnicott era interessato alle implicazioni esistenziali dei concetti psicologici, ma nello stesso tempo era una persona molto concreta. Lo dimostra il fatto che per tutta la vita ha affiancato all'attività psicoterapeutica quella di medico pediatra e neuropsichiatra infantile ricevendo nel proprio ambulatorio (al *Paddington Green Children's Hospital* di Londra) migliaia di bambini con i loro genitori e rimanendo a contatto diretto con le problematiche quotidiane dei pazienti. La sua rara capacità di coniugare aspetti speculativi con la pratica clinica gli ha permesso di formulare teorie che hanno avuto risonanza ben al di fuori dell'ambito psicopatologico. Basti pensare al concetto di oggetto transizionale o a quello di madre sufficientemente buona.

Winnicott parte da una considerazione molto semplice, anche se non sempre evidente: la condizione di salute non coincide con l'assenza di sintomi e di malattie. Solo la capacità di essere creativi e la sensazione della propria autenticità danno all'individuo il sentimento che la vita vale la pena di essere vissuta. Una persona che vive una crisi esistenziale può essere quindi più sana di quella in cui l'apparente condizione di normalità è sostenuta da un falso Sé ²¹.

Per Winnicott il vero Sé origina dalla vita corporea ed è allo stesso tempo fisico e psichico. Esso corrisponde al gesto spontaneo ("è il vero Sé in azione"), all'intuizione originale e all'idea personale. La tendenza all'espressione simbolica e la necessità di gratificazione immediata dei propri bisogni lo legano a quella modalità di funzionamento psichico che Freud ²² ha chiamato processo primario ²³. Nella sua dimensione sia psicologica che somatica il vero Sé trasmette un senso di esistenza nel proprio corpo e permette di essere consapevoli dei propri sentimenti, di provare piacere, di essere creativi, di sentirsi autentici, reali e presenti.

Le origini del vero Sé risalgono ai primi anni di vita, quando la presenza di una madre sufficientemente buona, cioè sufficientemente dedicata al proprio figlio, permette lo sviluppo nel bambino di un Sé allo stesso tempo psichico e somatico, cioè di un senso di esistenza nel proprio corpo che Winnicott chiama "integrazione psicosomatica". Il modo in cui il bambino è accudito dal punto di vista fisico (*handling*) assieme all'atteggiamento corporeo che la madre assume quando lo

²¹ Winnicott D.W. (1977): *Il concetto di individuo sano*. In: A.A.V.V.: *Il pensiero di D.W. Winnicott*. Armando, Roma, 1982, pp.77-94.

²² Freud S. (1911): *Precisazioni sui due principi dell'accadere psichico*. In *Opere*, Vol. VI. Boringhieri, Torino, 1974, pp. 449-460.

²³ Winnicott D.W. (1960): *La distorsione dell'Io in rapporto al vero e al falso Sé*. In *Sviluppo affettivo e ambiente* (1965). Armando, Roma, 1970, pp. 177-193.

tiene in braccio (*holding*) e alla capacità di presentare gradatamente al figlio la realtà del mondo esterno (*object presenting*) assumono una notevole importanza in questo processo.

Ogni individuo, però, nel corso dell'infanzia, sperimenta inevitabilmente frustrazioni e privazioni legate ad insufficienze dell'ambiente (particolarmente delle funzioni materne) che interferendo con lo sviluppo evolutivo, possono indurlo ad aderire alla realtà esterna in modo compiacente sviluppando un "falso Sé", cioè un'organizzazione difensiva della personalità che ha la funzione di proteggere, come un involucro, il vero Sé dalle minacce esterne e che costituirebbe una difesa estrema nei confronti della depressione. In tale caso, però, le esperienze emotive non vengono più integrate con le sensazioni somatiche, le quali, di conseguenza, non vengono elaborate e rappresentate simbolicamente in modo adeguato. Quando questo processo è esasperato si assiste ad una particolare "scissione mente-corpo" dove l'attività psichica tende a diventare qualcosa di separato dall'esperienza corporea ed il senso del Sé viene percepito esclusivamente nella mente²⁴.

Questa componente di falso Sé permane nella personalità adulta ed è totalmente inconscia. La sua presenza può consentire una vita assolutamente normale, anche se accompagnata da sensazioni di estraneità, di superficialità, di futilità e da sentimenti di vuoto e di noia (gli stessi vissuti che queste persone generano negli altri). Un paziente ha descritto efficacemente questa condizione affermando che si sentiva come una pallina da ping-pong: un guscio esterno rigido che nasconde il vuoto.

Aspetti di vero e falso Sé, comunque, coesistono in ogni individuo. Quando il vero Sé si esprime adeguatamente consente la spontaneità, la creatività e la soddisfazione personale fornendo le risorse per affrontare le frustrazioni e le esperienze di cambiamento. Una componente di falso Sé, però, è altrettanto indispensabile, in quanto sostiene nei rapporti con l'ambiente, costituendo una base per un comportamento socialmente accettabile²⁵. Senza di esso non saremmo in grado di affrontare esperienze comuni, come scambiarsi una stretta di mano o salutare sorridendo un collega di lavoro o un vicino di casa (anche quando siamo tristi, arrabbiati o semplicemente non ne abbiamo voglia). Dobbiamo quindi considerare questo problema all'interno di un *continuum* con una serie di possibilità intermedie che vanno dall'organizzazione di personalità normale, in cui il falso Sé protegge il vero Sé, a quella in cui il falso Sé annulla il vero Sé.

Alcune persone, infatti, manifestano un *falso Sé patologico* che tende a rappresentarsi interamente impedendo un'espressione sufficiente delle componenti vere del Sé. Sono individui che possono condurre una vita apparentemente normale, hanno spesso un lavoro e una famiglia, anche se la loro esistenza è caratterizzata da rapporti formali e da interessi superficiali. In passato sono

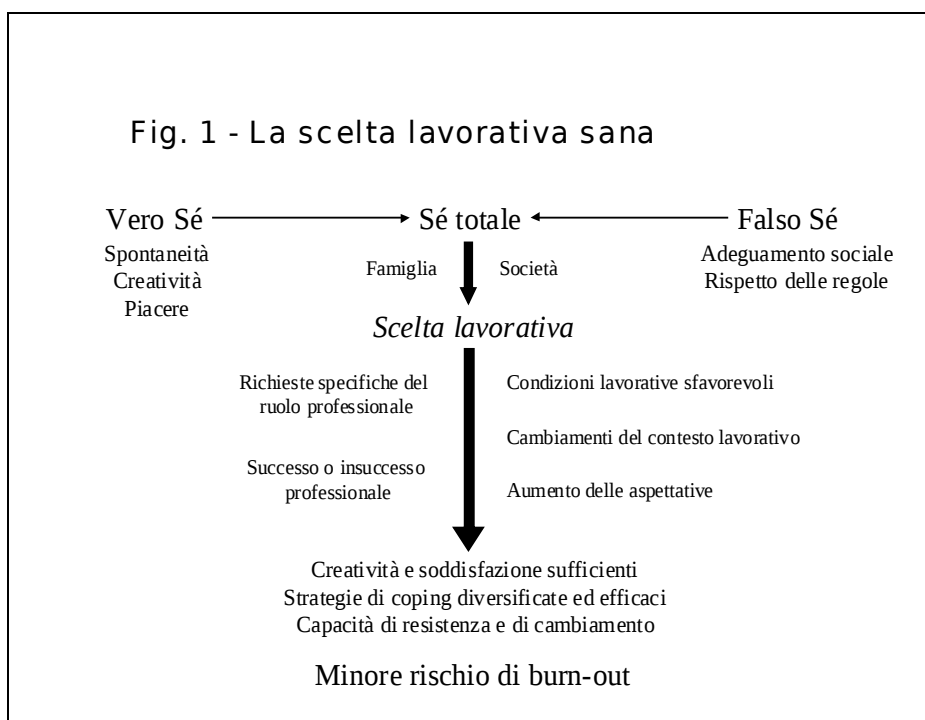
²⁴ Winnicott D.W. (1949): *L'intelletto ed il suo rapporto con lo psiche-soma*. In: *Dalla pediatria alla psicoanalisi* (1958). Martinelli, Firenze, 1975, pp. 291-304.

²⁵ Winnicott D.W. (1960): op.cit.

stati di solito dei bambini bravi e ubbidienti. Per tale ragione erano molto apprezzati da genitori e insegnanti che li consideravano dei “piccoli adulti”. In realtà, la loro maturità era solo apparente, in quanto, essendo incapaci di veri e propri processi di identificazione, si limitavano ad imitare i grandi seguendo in modo passivo e compiacente le loro regole e adeguandosi alle loro aspettative. Non riuscendo ad essere spontanei questi bambini solitamente fanno fatica a giocare con i coetanei e a farsi delle amicizie significative, per questa ragione preferiscono stare da soli oppure in compagnia di persone più adulte. La scarsa integrazione tra attività psicologica ed esperienze corporee, inoltre, favorisce l’insorgenza durante l’infanzia di disturbi comportamentali (irrequietezza, insonnia, disturbi dell’alimentazione) e fisici, sia funzionali che organici. Lo sviluppo di un falso Sé patologico, inoltre, limiterà l’individuo nella propria capacità di vivere relazioni affettive e di sviluppare interessi personali e si rivelerà inadeguato nei momenti della vita in cui, da adulto, dovrà affrontare impegni e difficoltà che richiedono maggiore maturità ed equilibrio (come iniziare a lavorare, vivere fuori casa, sposarsi, diventare genitore, oppure affrontare problemi economici, malattie o lutti significativi). In questi momenti critici è frequente che l’individuo viva un momento di profonda crisi manifestando disturbi del comportamento e dell’adattamento sociale accompagnati da scompensi psichici o fisici anche gravi.

4. Autenticità e scelta lavorativa

Nelle condizioni di salute il vero Sé si integra con il falso Sé all’interno di un Sé totale (vedi Fig. 1). Il primo fornisce alla persona sufficiente autenticità e lo rende adeguatamente spontaneo e creativo. Gli permette, inoltre, di sperimentare nelle proprie azioni un piacere particolarmente profondo, in quanto radicato sia nelle componenti fisiche che in quelle psicologiche del proprio essere. Le componenti false del Sé, d’altro lato, gli consentono di perseguire al meglio i propri obiettivi più intimi e importanti attraverso il rispetto delle regole sociali ed evitando eccessivi conflitti con l’ambiente.



In queste condizioni l'individuo può confrontarsi con le aspettative della propria famiglia e della comunità senza soffocare eccessivamente il vero Sé, ma, al contrario, gratificando per quanto possibile i propri bisogni e realizzando al meglio, con alcuni compromessi, i propri progetti. Si possono così orientare gli studi e la scelta lavorativa verso una professione nella quale tali necessità possono essere soddisfatte e le attitudini individuali valorizzate.

Se valutassimo questi bisogni da un punto di vista psicologico (utilizzando come paradigma di riferimento la psicoanalisi, la teoria dell'attaccamento, il comportamentismo o il cognitivismo) potremmo affermare che in essi vediamo espressi desideri e relative difese legati a piaceri sperimentati nel corso dello sviluppo psicosessuale (orale, anale, uretrale, fallico, edipico), oppure ad abitudini e comportamenti tesi a evitare la sofferenza, alla protezione dai pericoli, al mantenere la vicinanza della figura d'attaccamento e, più in generale, alla sicurezza e alla sopravvivenza. Ovviamente nella realtà i diversi bisogni si sovrappongono e si manifestano in modo diverso da individuo a individuo, così che ognuno di noi è posto di fronte al problema di esprimerli in modo personale ed equilibrato senza che la loro eccessiva frustrazione lo faccia sentire angosciato.

Quando la scelta scolastica e lavorativa avvengono in una condizione in cui il vero e il falso Sé si integrano in modo armonico è probabile che l'individuo vivrà tali impegni con passione e soddisfazione, sentendosi "realizzato" in essi, in quanto espressione sufficiente dei propri desideri e della propria volontà. Sarà quindi disposto a lottare contro le avversità che inevitabilmente si

presenteranno, così come a modificare i propri approcci e le proprie abitudini quando l'evolvere dei tempi e delle condizioni lo richiederanno.

Le caratteristiche specifiche di quel ruolo lavorativo non saranno vissute solo come fonte di difficoltà, ma anche di soddisfazione, in quanto attraverso di esse si esprimeranno i propri bisogni e le proprie attitudini si manifesteranno pienamente.

Le esigenze di precisione necessarie ad un lavoro di contabile, di catalogatore, di bibliotecario o di programmatore di software gratificheranno chi trova nell'ordine una fonte di piacere e di sicurezza. La tensione psicologica ed il carico di emozioni e di sofferenza che spesso comportano certe professioni di aiuto saranno meglio tollerati da coloro che, sin da bambini, hanno trovato nel farsi carico dei problemi degli altri, un modo efficace e socialmente utile per sentirsi buono, amato, sicuro e soddisfatto di Sé. L'attitudine individuale favorisce quindi gli individui nello svolgimento del ruolo professionale permettendo loro di raggiungere elevati livelli di soddisfazione e di successo.

E' evidente che persone che non hanno le stesse caratteristiche reagiranno diversamente. Ciò spiega come mai la stessa condizione lavorativa comporta piacere e gratificazioni in alcuni, mentre genera insoddisfazione e angoscia in altri.

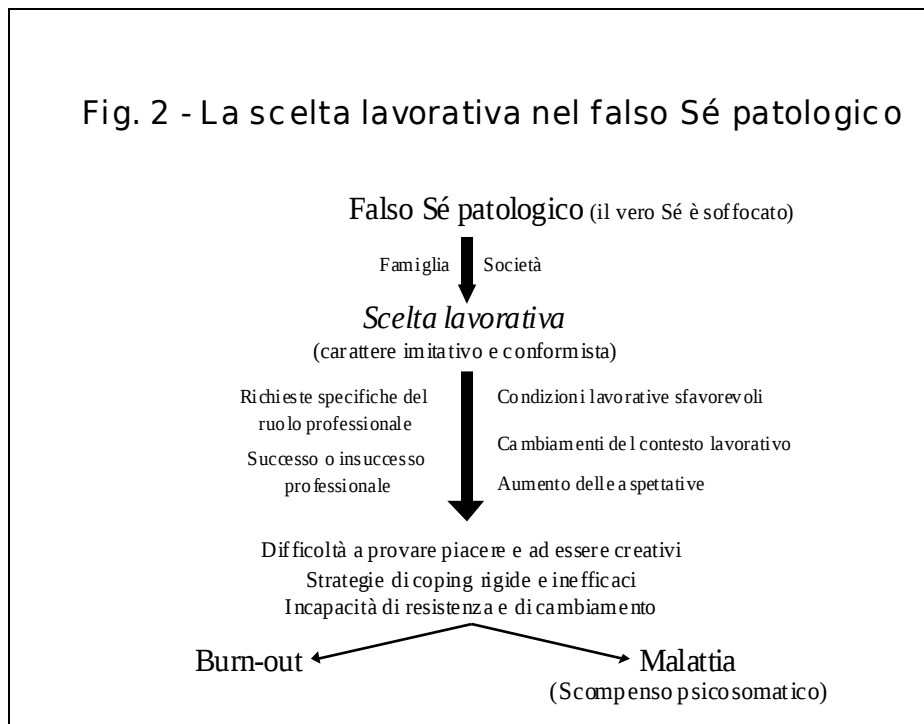
Coloro che hanno scelto una orientamento professionale sulla base di una motivazione autentica saranno maggiormente disposti a difendere il proprio lavoro dalle insidie che potrebbero svalorizzarlo o snaturare la sua funzione. Ad esempio un medico di famiglia cercherà di mantenere vivo l'aspetto terapeutico del proprio ruolo, senza trasformarsi in un burocrate che firma solo certificati, ricette e richieste di esami, anche quando sono i suoi stessi pazienti a spingerlo a questo.

In ogni caso, anche di fronte alle condizioni più sfavorevoli e agli inevitabili cambiamenti che si impongono nello svolgimento del proprio lavoro, queste persone lotteranno tenacemente, manifestando interesse e creatività nel risolvere i problemi. Le loro strategie di coping, infatti, cioè il loro modo di affrontare le difficoltà, si rivelano particolarmente efficaci e la loro capacità di affrontare i cambiamenti necessari altrettanto valida.

In queste condizioni il rischio di burn-out è minimo e gli inevitabili malesseri psicologici e somatici verranno tollerati e non drammatizzati (ad esempio si va a lavorare anche se non si è in perfetta forma, quando un altro lavoratore meno motivato si metterebbe in malattia). Tali persone, in linea di massima, sono quindi soddisfatti dalla loro vita lavorativa e desidererebbero prostrarre questa condizione a lungo nel tempo senza pensare alla pensione.

La situazione è diversa quando la scelta scolastica e professionale avviene sotto la pressione di un falso Sé patologico (vedi fig. 2). In questo caso il vero Sé è soffocato e non può fornire la spontaneità, la creatività e la soddisfazione che sono necessarie per un'adeguata "contrattazione" tra

i bisogni dell'individuo e quelli dell'ambiente. E' frequente, in questi casi, che le scelte avvengano sulla base di pressioni familiari e sociali assumendo caratteristiche imitative e conformiste in quanto eccessivamente condizionate dalle aspettative degli altri.



Vanno sottolineate fondamentalmente due dimensioni di questa problematica, entrambe legate alle funzioni originarie del falso Sé patologico: quella imitativa e quella difensiva.

La prima comporta un adeguamento eccessivo all'ambiente e un'impossibilità di percepire i propri bisogni e di perseguire degli obiettivi in modo originale. Come si è detto, è frequente, in questi casi, che la scelta scolastica e, successivamente, quella lavorativa ricadano su quelle di famiglia, o, comunque, su quelle desiderate dai genitori e dai parenti. Questo problema non va sottovalutato per le sue conseguenze e diventa evidente soprattutto in quegli ambiti professionali che richiedono sacrifici e motivazioni molto forti. Si pensi, ad esempio, che oltre la metà delle piccole e grandi aziende di carattere familiare dell'Italia del Nord non regge al passaggio di generazione e chiude o fallisce quando i figli subentrano nella gestione ai propri padri.

Non sempre le indicazioni della famiglia sono così determinanti. In alcuni casi la scelta, pur essendo comunque di tipo imitativo, è influenzata dal gruppo dei coetanei o dai mass media. E' frequente, in questi casi, che la scelta ricada su professioni valutate in modo acritico o idealizzate (DJ, PR, attore, fotomodella, musicista, giornalista, psicologo, guaritore alternativo, ecc), esponendo il giovane a future frustrazioni e delusioni.

Il secondo aspetto della problematica è quello difensivo. Non bisogna dimenticare che il falso Sé patologico svolge sostanzialmente una funzione protettiva e il vero Sé viene soffocato per evitare l'angoscia e la depressione. Quando la condizione esistenziale non consente più di controllare questi affetti penosi legati al vero Sé l'individuo può sentirsi oppresso da una sofferenza psichica insopportabile.

5. Lo scompensamento del falso Sé

Il carattere imitativo del falso Sé rende incapaci di provare soddisfazione autentica in ciò che si sta facendo e impedisce di esprimersi con creatività. Di fronte alle difficoltà lavorative (esigenze specifiche del ruolo professionale, condizioni lavorative sfavorevoli, turni di lavoro, difficoltà economiche, cambiamento di funzione o di organizzazione, aumento delle aspettative da parte di colleghi e superiori) le loro strategie difensive si riveleranno rigide e inefficaci in quanto poco originali (basate sull'imitazione degli altri) oppure inadeguate (è il caso di chi reagisce ad un problema professionale ubriacandosi o rifiutandosi di andare a lavorare il giorno successivo). La resistenza alle avversità e la flessibilità sono quindi, in questi casi, molto scarsi. Quando il lavoro impone cambiamenti di prospettive e compiti nuovi che richiedono motivazione, creatività, capacità di ascolto e comprensione umana, passione, queste persone tenderanno a scompensarsi, manifestando disturbi comportamentali oltre che sintomi psicologici o somatici.

Possono ad esempio sorgere problemi nei rapporti con la famiglia (litigi, episodi di violenza, fughe da casa, separazioni) oppure nell'ambiente di lavoro. E' frequente, in questi casi, che si sviluppi una condizione di *burn-out* accompagnato dalle sue manifestazioni più tipiche (perdita di interesse, stanchezza, ansia, insonnia, sintomi psicofisiologici) che possono portare all'abbandono del posto di lavoro o al licenziamento.

Per l'individuo che ha sviluppato un falso Sé patologico, anche il successo professionale o gli avanzamenti di carriera possono costituire un serio problema. L'aumento delle aspettative e delle responsabilità generano in queste persone un forte senso di oppressione e di angoscia facendoli sentire sempre meno capaci di affrontare le nuove incombenze.

Ricordo l'esempio un uomo di circa quarant'anni, laureato in economia e funzionario di banca, che, al momento di essere promosso direttore di un'importante filiale (un ruolo ambito e molto ben retribuito), venne colto da una tensione psichica insopportabile che lo indusse a licenziarsi e ad intraprendere una psicoterapia. Più tardi ritornò a vivere al proprio paese d'origine dove trovò lavoro come commesso in una ferramenta. Un'occupazione modesta e meno

renumerativa della precedente, ma che gli permise di condurre un'esistenza tranquilla e più vicina alle sue necessità.

E' comune che, nei momenti critici, queste persone ricerchino momenti di isolamento, nei quali tentano di alleviare la tensione psichica e la disperazione sottraendosi ai doveri sociali e alle aspettative degli altri. Per le stesse ragioni possono ricorrere all'assunzione di alcool (spesso consumato in solitudine), all'uso compulsivo di farmaci ansiolitici o alle droghe.

Altrettanto frequente è che si manifesti uno scompensamento psicosomatico sotto forma di una malattia a sintomatologia psichica (depressione, attacchi di panico, crisi psicotiche) o somatica: malattie cardiovascolari (aritmie, ipertensione, infarto), patologie endocrine (soprattutto tiroidee), disturbi gastrointestinali (dispepsia, ulcera, colon irritabile) e cancro. Spesso sono presenti entrambe le condizioni.

Nei casi più estremi, ma abbastanza frequenti, queste persone ricorrono al suicidio, che, come ha sottolineato lo stesso Winnicott²⁶, può rappresentare un modo di dare al corpo una morte che si è già verificata nella psiche. Più spesso questa tendenza autodistruttiva si manifesta sotto forma di equivalenti suicidari (esposizione ingiustificata a pericoli, ripetuti incidenti e traumi, autolesionismo) oppure, come si è detto, con lo sviluppo di una grave forma di alcoolismo o con la tossicodipendenza.

Un paziente, un professionista di successo che cercava di controllare la propria tensione emotiva con il bere, ha espresso in modo drammatico le fantasie suicidarie e il disprezzo nei confronti della propria condizione di inautenticità con questo sogno:

<<In casa mia c'era un coniglio. Era vivo, ma completamente scuoiato e al posto della pelliccia era rivestito, orecchie comprese, da una sottile pellicola artificiale, di plastica trasparente, che lo ricopriva facendo intravedere tutto l'interno. Si muoveva in modo innaturale e patetico, a scatti, come una macchinetta. Mi ricordava quei giocattoli meccanici che si caricano con la molla. Si muoveva così perché non aveva i piedi posteriori, ... volevo dire le zampe ..., su cui appoggiarsi. Io lo guardavo stupito e dicevo: "Ma che fate, uccidetelo!" Poi mi sono svegliato e, non so perché, mi sono messo a ridere.>>

Attraverso le libere associazioni risultò chiaro che il paziente aveva descritto in questo modo la propria condizione di falso Sé. Egli si rappresenta simbolicamente come un coniglio (un essere vile e timoroso). La parte animale (autentica e spontanea) è stata privata del proprio aspetto naturale (la pelliccia) e rivestita da una pellicola artificiale (di plastica trasparente) che lascia intravedere il mondo interno che soffre. I movimenti sono anch'essi resi innaturali e meccanici perché l'animale è stato privato delle zampe posteriori (che, con un lapsus, vengono chiamate "piedi"). Di fronte a

²⁶ Winnicott D.W. (1960): *op.cit.*

questa condizione artificiosa e alla sofferenza che ne deriva il paziente esprime ironicamente la propria rabbia e disgusto (“Ma che fate: uccidetelo!”). Come se dicesse che piuttosto che vivere in tale stato è meglio il suicidio! Paradossalmente questa prospettiva sembra provocare al paziente un certo sollievo (si sveglia ridendo).

La maggior parte delle persone con problemi di falso Sé, comunque, non è consapevole del proprio stato di sofferenza. Solo in alcuni casi, quando una crisi psicologica è in atto, possono cercare aiuto da un familiare, un amico, un medico o uno psicoterapeuta. In tali situazioni, però, la struttura del falso Sé è già crollata ²⁷ e la persona comincia a divenire drammaticamente consapevole dell’inadeguatezza dell’immagine che è solito presentare agli altri.

La teoria del falso Sé, come abbiamo visto, permette di vedere la problematica del burn-out in una nuova prospettiva in quanto pone l’accento non tanto sulle caratteristiche della condizione lavorativa, ma su quanto una determinata professione o percorso scolastico siano stati la conseguenza di una scelta autentica. Come ho detto, la famiglia e la società, con le loro richieste, non possono essere considerati gli unici fattori determinanti nella scelta di un lavoro, in quanto ogni individuo ha margini di contrattazione per poter realizzare propri progetti ed esprimere proprie attitudini.

Le considerazioni esposte sulle conseguenze patologiche del falso Sé non debbono però trarre in inganno e indurre ad una visione troppo negativa del problema. La mancanza di autenticità non deve essere considerata di per Sé una malattia. L’esperienza clinica e gli studi sulla personalità e sulle dinamiche relazionali, come si è detto, hanno evidenziato una funzione difensiva e “sana” del falso Sé, che può risultare utile in determinate circostanze perché protegge dalla sofferenza favorendo l’adattamento all’ambiente e la sopravvivenza. Nella nostra vita quotidiana abbiamo tutti bisogno di essere un po’ falsi per sopravvivere alle richieste sociali e mantenere un buon rapporto con gli altri. Non può esistere, quindi, una condizione umana di autenticità assoluta e la padronanza completa del proprio mondo emotivo è un’utopia ²⁸.

Nonostante non debba essere troppo idealizzata, la ricerca della propria autenticità va comunque considerata un valore e gli sforzi che essa comporta sono un buon investimento per il mantenimento di un relativo stato di salute e per il raggiungimento di una condizione esistenziale creativa e appagante. Questo vale nello studio, nel proprio lavoro e, più in generale, in ogni momento dell’esistenza perché il nostro ciclo evolutivo ci pone continuamente di fronte a bisogni e problemi nuovi che rendono fragili e precari gli equilibri e le certezze raggiunte.

²⁷ Winnicott D.W. (1959): *Classificazione: esiste un contributo psicoanalitico alla classificazione psichiatrica?* In *Sviluppo affettivo e ambiente* (1965). Armando, Roma, 1970, pp.157-176.

²⁸ Baldoni F. (2002): op. cit.

Per queste ragioni vorrei concludere queste riflessioni con alcune parole di Winnicott, il quale considerava l'autenticità alla base della vita stessa. Si tratta di un appunto scritto pochi giorni prima di morire e trovato tra le sue carte dalla moglie Clare ²⁹:

Preghiera

Oh Dio!

Fa che io sia vivo

nel momento della mia morte.

Donald Woods Winnicott

²⁹ Winnicott C. (1977): *Donald Winnicott come persona*. In: A.A.V.V.: *Il pensiero di D.W. Winnicott*. Armando, Roma, 1982, pp.95-108.