

## Sulla violenza in sanità: tra la violenza contro i curanti e la violenza delle cure

Mario Perini\*

**SOMMARIO.** – Dopo avere indicato alcune caratteristiche psicologiche della violenza, l'articolo si rivolge in particolare ai fenomeni della violenza sociale, istituzionale e politica, notando come dopo gli scritti di Freud sulla guerra e sulla psicologia delle masse questo argomento sia stato piuttosto trascurato dalla ricerca psicoanalitica. Viene poi osservato come in questi ultimi anni, dopo l'11 settembre, sul tema si sia destato un grande interesse da parte degli psicoanalisti e dei gruppoanalisti. Quindi vengono esplorate le radici socio-culturali della violenza e il ruolo esercitato congiuntamente dalle norme e dalle pressioni dei gruppi e delle culture istituzionali e dalle tendenze passivo-dipendenti e conformistiche degli individui. L'articolo si occupa poi specificamente della violenza nei contesti sanitari, esplorando quella agita contro i curanti, in particolare dopo la pandemia da COVID, sia da parte degli utenti sia da parte dei media e della pubblica opinione, sul piano fisico, verbale e psicologico, così come la violenza istituzionale – che alimenta conflitti tra i vari attori del sistema sanitario - e quella intrinseca ai processi di cura, i quali spesso richiedono al paziente di sottoporsi a misure e condizioni oggettivamente penose o costrittive. Nella parte conclusiva vengono indicati alcuni approcci e metodi che si sono rivelati utili per prevenire queste forme di violenza.

*Parole chiave:* violenza; aggressività; violenza istituzionale; conformismo; relazioni di cura; stress e burnout; malattia e colpa.

La questione della violenza è oggi più che mai centrale nelle riflessioni sulla realtà sociale, sull'educazione, sulla politica, sulla qualità della vita lavorativa, sulla cittadinanza, in un momento storico segnato da scontri militari, politici ed economici, da persecuzioni religiose, da moti di piazza, aggressioni di gruppo e violenze private. Il tema è del resto molto più complesso di quanto a volte non si dica o non si pensi, tanto nei contesti collettivi così come nella vita privata, ed è di difficile interpretazione quando si verifica nei 'luoghi di cura', come gli ospedali, i pronti soccorsi e gli ambulatori dei medici di famiglia. Spesso, da parte sia della pubblica

---

\*Il Nodo group - Società Psicoanalitica Italiana. E-mail: mario.perini1948@gmail.com

opinione sia delle persone o delle istituzioni interessate, si tende a ritenere che sia sufficiente ribadire che le violenze non vanno tollerate, stabilire norme e sanzioni contro i comportamenti violenti e istituire dispositivi di sicurezza come sistemi d'allarme o posti di polizia. Decisioni come queste sono senza dubbio necessarie, ma è cruciale essere consapevoli che non sono sufficienti.

Una prima considerazione è che, se la violenza negli individui, nei gruppi e nelle società è sempre esistita, come ci mostrano la storia e la comune esperienza (anche quella attuale, visto che siamo in tempo di guerra), ci si può chiedere se oggi il problema non stia tanto nell'aumento della sua forza o frequenza, quanto piuttosto nei cambiamenti culturali, nell'indebolimento degli argini educativi e nel tramonto delle istanze regolatrici – quelle che Kaës chiamava 'garanti metasociali' (Kaës, 2005), in primo luogo nella famiglia e nella scuola e poi anche nei contesti collettivi e oggi in particolare nel mondo del digitale e dei social media.

In secondo luogo dobbiamo constatare come i rischi legati a una cultura della violenza – soprattutto quando si indirizza al mondo della sanità – non consistano solo nelle aggressioni fisiche, ma anche nelle ben più frequenti aggressioni verbali e psicologiche, che possono tradursi in una vasta gamma di comportamenti, dalle frasi sgarbate alle espressioni di disprezzo della mimica facciale, dal linguaggio dell'odio su Facebook alle denunce penali, aggressioni che sono spesso non meno lesive delle ferite materiali.

Infine vorrei segnalare un fattore di grande rilievo ma spesso ignorato o sottovalutato: la violenza dell'istituzione, che a volte reagisce a quella degli individui (come nel caso delle forze armate, del carcere o della pubblica sicurezza), ma altre volte nasce al proprio interno in modo del tutto spontaneo e imprevedibile, quando non sia addirittura intrinseca alla propria cultura di base, come nelle organizzazioni criminali, nel terrorismo e in certi estremismi ideologici, ma a ben vedere in qualche misura persino nei mercati finanziari, nelle strategie energetiche e nelle politiche migratorie.

Prima di affrontare il tema specifico della violenza nei contesti sanitari occorre distinguere con chiarezza la violenza dall'aggressività, anche se spesso sono usate come sinonimi. Va detto in primo luogo che l'aggressività e l'odio, non diversamente da emozioni positive come l'amore, la tenerezza, la fiducia e la solidarietà, sono emozioni del tutto naturali e persino fisiologiche nella nostra specie. Per comprendere questa affermazione basterebbe osservare il comportamento spontaneo dei bambini piccoli in un nido, ad esempio quando qualcuno di loro si metta a giocare con il giocattolo di un altro bambino.

Senza una dotazione congenita di aggressività probabilmente non potremmo sopravvivere a lungo nemmeno in un contesto sociale sufficientemente sicuro.

## Violenza e aggressività

La globalizzazione indubbiamente ha reso la violenza un fenomeno assai più difficile da definire che in tempi passati: correnti violente e di sopraffazione si muovono velocemente ormai su tutte le reti che connettono luoghi, persone, risorse e istituzioni in ogni parte della terra. La più clamorosa delle sue manifestazioni, la guerra, che ha devastato il pianeta per secoli fino a sfiorare l'olocausto nucleare e che sta tornando a minacciare gli equilibri planetari, è oggi un fenomeno più limitato, locale, mobile e per lo più di breve durata, o si trasforma in uno stillicidio di violenze quotidiane che durano decenni, oppure decorre sotterranea e insidiosa come il terrorismo, i traffici delle mafie o le operazioni dei servizi segreti. Ad essa peraltro si sono aggiunte le nuove guerre e violenze della post-modernità, quelle combattute con le armi dei mercati finanziari, delle risorse energetiche, delle migrazioni e delle politiche del lavoro, oltre alle violenze collettive erratiche, e più o meno ideologiche, di certi gruppi estremisti e in generale delle masse urbane impoverite e spaventate. Ad alcune di queste violenze le istituzioni della politica, della giustizia, dell'ordine pubblico e persino quelle del welfare non di rado rispondono con una violenza simmetrica: basti pensare alle risse a Montecitorio, alle crociate dei sindaci-sceriffi contro barboni e immigrati, ai pestaggi a cui indulge una frangia violenta delle forze dell'ordine, e, per restare nel territorio della salute mentale, agli abusi della contenzione fisica e di quella farmacologica.

Per non parlare delle nuovissime forme di violenza organizzata ed agita sui social media, dal cyberbullismo alle sfide distruttive (le cosiddette *challenge*), dalle sextortion (i ricatti che utilizzano immagini erotiche rubate agli archivi privati) alle innumerevoli forme di 'linguaggio dell'odio' che popolano la rete.

La psicoanalisi, che fin dai suoi esordi ha esplorato a fondo le dimensioni individuali e familiari della violenza, sembra ancora alquanto disarmata, tanto sul piano teorico quanto su quello operativo, di fronte a fenomeni complessi come la violenza sociale, istituzionale, geopolitica.

Trascurerò per gli scopi di questo articolo tutta la *vexata quaestio* della natura e delle origini dell'aggressività, la contrapposizione tra approcci 'disposizionali' e 'situazionali', la contesa tra l'innatismo degli etologi (compresa la Klein della pulsione di morte) e le varie teorie frustrazionali (Dollard *et al.*, 1957), deprivative (Winnicott, 2005), post-traumatiche (De Zulueta, 1999) o basate sul social learning (Bandura, 1973). L'influenza della struttura sociale, dell'educazione e della cultura, che Freud anche all'interno del modello pulsionale non aveva certo sottovalutato, era però sostanzialmente ricondotta ad un ruolo da 'guardiani' della civiltà contro l'irrompere degli istinti aggressivi, che venivano trattati con la repressione o con la sanzione da parte di un SuperIo espressione incarnata delle norme sociali correnti (Freud, 1912-13; 1915; 1921; 1929; 1932; 1934-38).

Nemmeno mi occuperò della violenza come modalità di relazione interpersonale o come causa o viceversa come espressione di varie forme di psicopatologia.

Credo che sarebbe utile, in via preliminare, considerare l'esistenza di forme diverse di aggressività – da quelle strumentali (per ottenere un risultato) a quelle identitarie (per separare se stessi dagli altri), da quelle impulsive (per scaricare una tensione) a quelle difensive (per proteggersi da un pericolo) o post-traumatiche (per evacuare il dolore dell'esperienza del trauma) – diversità che anche le neuroscienze tendono a ricondurre a differenti sistemi ormonali e neuronali.

Come già detto sarebbe opportuno anche tenere distinte l'aggressività e la violenza come assetti psicologici diversi, sul piano emotivo, cognitivo e comportamentale.

In questo senso la violenza potrebbe essere definita come 'una forma di aggressività che assume nel suo sviluppo lo scopo di arrecare danno alla vittima<sup>1</sup>'. La componente violenta è accessoria e dunque possono esservi forme di aggressività prive di violenza, mentre è difficile immaginare una forma di violenza senza aggressività. Queste considerazioni ci permettono di intuire che se per garantire un ambiente sicuro la violenza dev'essere impedita, contrastata e punita, l'aggressività invece dobbiamo imparare a conoscerla per governarla e proprio per evitare che si trasformi in violenza.

Nel suo articolo 'Freud e la violenza' David Benhaim scrive:

L'opera freudiana è attraversata da un'analisi densa, ricca, rigorosa e profonda della *Kultur*, che permette di osservare il fenomeno della violenza nella sua essenza. (...) da 'Totem e Tabù' a 'L'uomo Mosè e la religione monoteistica', passando per 'Considerazioni attuali sulla guerra e sulla morte', 'Psicologia delle masse e analisi dell'Io', 'Il disagio della civiltà' e 'Perché la guerra?', Freud non smette di tornare sulla questione della violenza dell'uomo nella sua dimensione non soltanto sociale, ma anche culturale e antropologica.' (Benhaim, 2010)

Tuttavia, il termine violenza – osserva ancora Benhaim – non fa parte del lessico psicoanalitico, così come non appartiene alla maggior parte degli

---

<sup>1</sup> In effetti molti studi psicologici hanno esplorato le analogie e le differenze tra aggressività e violenza, sottolineando le prime ovvero le seconde, così come la presenza o meno di intenzionalità nell'aggressione alla vittima, il ruolo degli impulsi e dei relativi controlli, quello della regolazione delle emozioni, quello delle fantasie inconscie e delle convinzioni deliranti, senza contare la cruciale influenza esercitata dalla cultura di appartenenza e dalle relative norme sociali. Per gli scopi di questo articolo mi limiterò a considerare una differenza di tipo 'fenomenologico': l'aggressività sarebbe essenzialmente un'emozione, uno stato mentale, mentre la violenza è un comportamento, la cui conseguenza per l'oggetto a cui è rivolta, a prescindere dalle intenzioni sottostanti, è sempre un danno, una ferita, un'appropriazione o persino la sua distruzione.

analisti, da Freud in poi, l'interesse per le forme di violenza sociale che esulino dal perimetro delle relazioni familiari o dai comportamenti dei pazienti psichiatrici nei contesti di cura.

La violenza è stata naturalmente oggetto di ampie riflessioni e di studi accurati da parte delle scienze storiche, politiche e sociali, e molti autori, saggisti e romanzieri, da Konrad Lorenz ad Hannah Arendt, da Joseph Conrad a Primo Levi, hanno esplorato in profondità il 'cuore di tenebra' del genere umano, mentre gli psicoanalisti si sono dedicati soprattutto alla violenza privata, nascosta nell'interiorità, sporgendosi assai raramente a guardare fuori dalla finestra della stanza d'analisi.

Ci sono state peraltro alcune rilevanti eccezioni, come ad esempio: i) Hannah Segal e Franco Fornari sulla guerra e la minaccia nucleare (Segal, 1997; Fornari, 1966; Fornari *et al.*, 1978); ii) Rafael Moses, Shmuel Erlich e altri analisti impegnati nell'associazione PCCA (Partners in confronting collective atrocities) sui temi dell'Olocausto, del conflitto Israele-Palestinese e di altre violenze internazionali (Erlich *et al.*, 2009); iii) Vamik Volkan sui conflitti interetnici e il terrorismo (Volkan 2006; Varvin & Volkan, 2003); iv) Silvia Amati Sas sulla tortura e sul trattamento dei rifugiati (Amati Sas, 2003); v) Peter Fonagy, Stuart Twemlow e altri analisti americani sulla violenza urbana e sul bullismo nelle scuole (Fonagy, 2001; Twemlow, 2000).

Un interessante volume curato da Janine Puget, René Kaës e altri e intitolato 'Violenza di stato e psicoanalisi' raccoglie la testimonianza e la riflessione di alcuni analisti argentini – tra i quali Armando Bauleo, Marie Langer e la stessa Puget – che, nella loro vita e nella loro professione, hanno patito le violenze inflitte dalla dittatura militare. La recensione dell'editore italiano pone alcune questioni di rilievo a questo proposito:

'Quali sono le conseguenze quando la violenza di Stato irrompe nella storia degli uomini e delle donne? In che cosa il traumatismo che si crea differisce da quello che l'ordinaria pratica psicoanalitica conosce? (...) gli autori s'interrogano sulla genesi dell'autoritarismo, ne analizzano gli effetti della comparsa di patologie gravi, nell'elaborazione di lutti particolari, nella trasmissione dell'orrore e della vergogna, nel lavoro della memoria nelle situazioni di rottura estrema (...) L'importanza di questi contributi è soprattutto nel suo mostrarci degli psicoanalisti che cercano di pensare l'impensabile: pensare, cioè, una violenza che tende precisamente a distruggere la capacità di pensare e di agire. I vari saggi interrogano la teoria, la pratica clinica e l'etica psicoanalitica nel regime di terrorismo di Stato.' (Puget *et al.*, 1989)

L'11 settembre 2001 con l'attentato alle Torri Gemelle ha cambiato il volto del pianeta, confrontandolo con un fenomeno inedito e impensabile, il terrorismo globale, con la sua illimitata potenza distruttiva e la sua ubiquità: una violenza senza confini. Anche la psicoanalisi ha dovuto confrontarsi con questo nuovo e sconcertante abisso, se non altro per provare a fornire a

chi con esso doveva imparare a convivere il proprio contributo distintivo: la pensabilità.

Da allora l'interesse degli analisti per lo studio della violenza sociale è venuto crescendo in misura considerevole, come testimoniano alcune più recenti pubblicazioni sul terrorismo, la guerra, la violenza politica. Un altro segnale chiaro e forte all'interno della comunità degli analisti italiani è il succedersi incalzante negli ultimi anni di eventi, seminari e convegni dedicati al tema della violenza.

### Violenza, norme socio-culturali e dinamiche istituzionali

L'esperienza della storia – quella passata come quella attuale – ci parla di violenze che difficilmente possono essere rimandate alla sfera privata, ma puntano il dito direttamente sul ruolo del contesto politico-culturale e delle istituzioni. La violenza non è un prodotto impersonale della società, è figlia dell'uomo e delle sue zone d'ombra. Ma sono la società e le sue istituzioni a evocarla, a darle forma e direzione e soprattutto a moltiplicarla e a trasformarla in cultura.

La psicologia sociale considera la violenza come l'espressione di una dialettica tra la disposizione individuale all'aggressività e l'influenza di situazioni sociali competitive, deprivate o problematiche, capaci di generare esperienze traumatiche, disturbi dell'attaccamento e indebolimento del legame sociale.

In una delle sue ultime interviste Primo Levi diceva:

*'Il seme di Auschwitz non dovrebbe rigermogliare, ma è vicina la violenza, è attorno a noi e c'è una violenza che è figlia della violenza. Ci sono legami sotterranei fra la violenza delle due guerre mondiali e la violenza a cui abbiamo assistito in Algeria, in Russia, nella rivoluzione culturale cinese, in Vietnam. La nostra società, insieme con i mezzi d'informazione (pur così necessari) ci dà la disseminazione della violenza. Dispone di meccanismi che la ingigantiscono.'*  
(Poli & Calvagno, 2013)

Da questo punto di vista sono impressionanti i dati delle ricerche – le prime delle quali risalgono ormai ad alcuni decenni fa – che esplorano i legami tra la violenza collettiva (dei gruppi, delle masse, delle organizzazioni, degli stati e delle società) e le norme socio-culturali esplicite e implicite che dominano il ventre molle delle nostre comunità, quello che potremmo chiamare l' 'inconscio sociale' (Hopper, 2003).

Prescindendo dagli ovvi risvolti giuridici, possiamo affermare che per lo più le azioni violente sono ritenute illegittime se infrangono le norme sociali correnti: la violenza della polizia quando risponde al fuoco dei criminali è vissuta come legittima, al contrario se spara a persone disarmate. Le

norme sociali implicite e non scritte perciò possono legittimare alcune forme di violenza, talvolta persino quando la legge le ritenga un reato. È il caso, ad esempio, della ‘norma della reciprocità’ che dal biblico ‘occhio per occhio’ fino alle leggi USA che sanciscono il diritto privato al possesso (e all’uso) di un’arma, autorizzano la vendetta come risposta a una violenza subita. Ci sono poi le norme sociali che in ogni parte del mondo alimentano la ‘violenza di genere’, ritenendo quasi accettabili le violenze se commesse dai maschi, in particolare contro le donne, o che in nome della ‘privacy’ familiare giustificano molte delle condotte violente che si manifestano nello spazio domestico.

Particolarmente diffusa è poi la norma sociale, anch’essa implicita e non scritta, che giustifica la violazione delle regole e delle leggi che limitano l’aggressività, quando le persone facciano parte di un gruppo o si comportino come una ‘folla’. Gustave le Bon e dopo di lui Freud e altri autori hanno esplorato le dinamiche comportamentali ed emotive dei grandi gruppi: quando una folla sia resa cieca dall’idealizzazione del capo o delle opinioni dominanti, dalla dismissione della capacità di pensare e dalla scomparsa delle regolazioni superegoiche, allora la violenza di massa è pronta a dilagare come uno tsunami, sempre che non venga arruolata da qualche polo di interessi politico-economici che provi a trasformarla in uno strumento di potere.

Non definirei certo Facebook o Twitter istituzioni violente, eppure sono stati i social media negli ultimi anni a svolgere spesso un ruolo di ‘attrattore’ di comportamenti violenti collettivi, mobilitando *flash mob*, raduni di piazza e risse di quartiere, o d’altra parte, su piani del tutto diversi, incitando sulla rete forme varie di cyberbullismo, persecuzioni mediatiche e linciaggi morali. Anche la carta stampata e la televisione hanno fatto la loro parte, ad esempio costruendo le cosiddette ‘macchine del fango’ ai danni di questo o quel bersaglio pubblico. In entrambi i casi, come sappiamo, qualcuno ci ha anche rimesso la vita.

L’influenza del gruppo sociale – specie quello ‘di riferimento’ – sul modo di pensare e sulla vita di relazione dell’individuo è nota da tempo, e per quel che riguarda la violenza sappiamo che il conformismo può anche portare alla messa in atto di comportamenti che gli individui da soli non adotterebbero. Il gruppo, specie se numeroso, offre la protezione dell’anonimato e della diffusione della responsabilità. A questo proposito sono state descritte delle dinamiche di ‘contagio sociale’ dove il ‘pensiero di gruppo’ (Janis, 1982) può operare come amplificatore delle tendenze aggressive attraverso la prescrizione implicita di norme che definiscono il comportamento richiesto ai membri per essere accettati dal gruppo e poter continuare a farne parte. Il conflitto centrale è quello tra identità e appartenenza, e quando in un soggetto o in un gruppo (o a volte in un popolo) la prima è precaria e la seconda vitale, allora anche il ricorso alla violenza può diven-

tare un prezzo accettabile.

Lo studio del conformismo e dell'obbedienza come effetti delle pressioni esercitate del gruppo o da un intero sistema sociale ha prodotto evidenze anche sperimentali di quanto sia facile commettere o non impedire atti violenti, normalmente ritenuti inaccettabili, se solo qualche alibi di tipo culturale, ideologico o scientifico, ne offra una qualche giustificazione plausibile. Nell'esperimento di Stanley Milgram (1974) diverse persone mature ed equilibrate finivano per somministrare dolorose scosse elettriche ad alcuni detenuti convinte di operare nel superiore interesse della scienza (in realtà nei macchinari non c'era corrente e le 'cavie' erano attori addestrati alla simulazione). L'esperimento, che Milgram aveva condotto nel 1961, era stato avviato poco dopo l'inizio del processo contro Adolf Eichmann a Gerusalemme, anche come tentativo di rispondere alla domanda se fosse possibile che Eichmann e tutti i suoi complici stessero semplicemente eseguendo degli ordini.

Dieci anni dopo nell'Università di Stanford, a Palo Alto (California), Philip Zimbardo riprodusse fedelmente l'ambiente di un carcere e a scopo sperimentale lo fece gestire da 24 studenti universitari, scelti tra i più equilibrati e maturi, assegnando loro casualmente il ruolo del detenuto o quello della guardia e stabilendo una serie di regole molto rigide e spersonalizzanti. Dopo appena due giorni si verificarono i primi episodi di violenza, con intimidazioni, crudeltà e umiliazioni progressivamente sempre più incontrollate e destabilizzanti, finché l'esperimento non fu interrotto per evitare il peggio. Zimbardo ha attribuito questi esiti drammatici a un processo collettivo di 'de-individuazione', in altri termini una perdita del senso di Sé e dell'identità personale, inghiottiti dal ruolo istituzionale e dalle sue richieste. (Zimbardo, 2007)

Potremmo dire che il conflitto etico invece che insistere sulla consueta cerniera Es/SuperIo si sia spostato in quella tra SuperIo e Norme istituzionali, dove la cultura dell'istituzione, fissata negli assunti di base di Dipendenza e di Attacco/Fuga, poteva offrire ai suoi membri solo due ruoli: quello di vittima e quello di persecutore. Abu Ghraib e Guantanamo sono già lì, in tutta la loro chiarezza, così come gli orrori dei regimi afgano e iraniano o le torture del carcere di Santa Maria Capua Vetere.

Parlare di violenza istituzionale significa descrivere un quadro complesso e multiforme, che si compone essenzialmente dei seguenti scenari:

1. l'istituzione 'infettata dalla violenza', laddove i comportamenti violenti che si esplicano nella vita istituzionale appaiono come forze 'inquinanti' capaci di contaminare una cultura originaria sufficientemente sana. Possiamo immaginare che le organizzazioni 'sane' operino come contenitori solidi, illuminati e sicuri, capaci di arginare le ansie e le emozioni tossiche in grado di generare violenza, come l'invidia, l'avidità, la paura, l'odio e la rivalità; ma può accadere che qualcosa – lo stress, le culture



perverse, la riduzione delle risorse, le crescenti insicurezze provenienti dall'ambiente – le renda 'malate' o 'intossicate' indebolendone le funzioni regolative e aprendo la strada all'azione violenta come evacuazione dell'ansia, della rabbia e del dolore.

2. l'istituzione 'violentata', ovvero colpita da un trauma catastrofico o cumulativo, che ne determina a lungo il destino, o in termini o di malfunzionamento post-traumatico oppure di riproduzione 'transgenerazionale' del trauma e della violenza. Gruppi e istituzioni possono diventare oggetto di violenze e di traumi, come hanno osservato diversi analisti. Vamik Volkan in particolare, a partire dalla sua duplice esperienza nella terapia istituzionale degli psicotici all'*Austen Riggs Center* e nelle dinamiche dei grandi gruppi sociali nel contesto della diplomazia internazionale, descrive come nelle organizzazioni e delle società traumatizzate la molla della violenza sia spesso rappresentata da un 'trauma scelto' (Volkan, 2001), un evento assunto da un gruppo o da una nazione come ferita aperta e non rimarginabile, causa e significativa di ogni difficoltà, memoria traumatica e 'legato' di violenza da trasmettere attraverso le generazioni, come accade a volte ai bambini abusati.
3. l'istituzione violenta vera e propria, cioè un'istituzione dominata da una cultura organizzativa intrinsecamente violenta. Tralasciando l'ovvio riferimento alle organizzazioni criminali, alludo essenzialmente alle istituzioni narcisistiche e a quelle perverse. Le organizzazioni narcisistiche e le loro leadership, dominate da culture auto-centrate e poco attente ai bisogni degli altri, sono pronte a tutto per salvare i propri equilibri di potere e per schivare le responsabilità, per lo più scaricandole verso il basso, cioè sui collaboratori. Le derive paranoide (Jaques, 1976; Kernberg, 1993) o totalitarie (Bar-Haim, 2013) o demagogiche a cui prima o poi danno luogo sono ideali terreni di coltura per lo sviluppo di comportamenti violenti, che si sostanziano nell'emergere dell'uomo della provvidenza, nei conflitti finanziari, commerciali o geopolitici, o viceversa nell'esplosione della rabbia delle piazze e delle masse contro la violenza dei mercati e delle politiche globali. Si ritrovano tra queste soprattutto le organizzazioni aziendali, quelle politiche e quelle a carattere etnico-religioso.

Tra le organizzazioni perverse, dominate dalla scissione e dalla frammentazione, dalle culture burocratiche o masochistico-sacrificali, dall'ossessione dei controlli e delle procedure e dalla confusione dei linguaggi, si annoverano soprattutto le istituzioni del settore pubblico e del welfare, dove la regola è dire una cosa e farne un'altra, ad esempio proclamare i valori della salute e praticare gli obiettivi della riduzione dei costi. Anche in queste organizzazioni si annida una rilevante violenza potenziale, e ce ne rendiamo conto quando a una nostra ragionevole richiesta non viene data alcuna risposta, o quando le norme che

ci vengono imposte hanno una chiara valenza vessatoria, nella logica per cui le esigenze dell'istituzione non possono tener conto di quelle delle persone, che a volte neppure conoscono. La violenza istituzionale si esplica qui con modalità più attenuate, come una conflittualità cronica che produce rabbia, sfiducia ed egocentrismo, e che non trova argini per l'impossibilità di dar voce al malessere e per l'assenza di dispositivi orientati alla regolazione dei conflitti; oppure si traduce in vere e proprie forme di 'maltrattamento', come le omissioni, il non-ascolto e le mancate risposte, le procedure assillanti, il cambio delle regole mentre il gioco è in corso, le doppie verità e tutti quei modi ipocriti ed emotivamente neutri che Manfred Kets de Vries ha definito 'alesstitimici' (Kets de Vries, 1989) e che mirano al silenziamento del soggetto o alla sua invisibilità, in pratica al suo 'annientamento' con le armi della burocrazia.

4. l'istituzione deputata a gestire, a reprimere o a occultare la violenza che si genera altrove, nel tessuto sociale diffuso o in altre istituzioni come la famiglia o il luogo di lavoro. È il caso delle Forze Armate che la devono esercitare contro un nemico per difendere il Paese; della polizia che la deve arginare o prevenire agendo contro chi viola la legge o chi attenta all'ordine pubblico; della legge stessa e del potere giudiziario che l'amministrano sanzionando i colpevoli in nome del popolo e nell'interesse della comunità; del sistema penitenziario che la contiene e la punisce; del sindacato che la canalizza nelle rivendicazioni in materia di lavoro; della chiesa che la rigetta come peccato; e anche della psichiatria che la interpreta come sintomo di malattia e cerca di curarla o quanto meno di contenerla<sup>2</sup>.

Il problema di queste istituzioni è che la violenza diventa ben presto un 'linguaggio istituzionale' che accomuna gestori e gestiti e che rischia di farle diventare violente come i loro 'clienti', con un processo mimetico di identificazioni crociate che Kaës ha chiamato 'isomorfismo' (Kaës, 1976). L'isomorfismo istituzionale tende a trasformare le istituzioni che devono gestire la violenza in istituzioni violente, giungendo talvolta a contaminare persino le funzioni di cura che vengono svolte al loro interno. Così, ad esempio, l'esercito si ritrova confrontato con i suoi periodici massacri 'gratuiti', da My Lai a Sabra e Chatila a Srebreniča (o anche solo con le forme estreme di 'nonnismo'), i servizi anti-terrorismo con le proprie operazioni terroristiche, la polizia con i raid del G8 a Genova, la chiesa con la pedofilia, la psichiatria con il suo storico dilemma a tenaglia tra la violenza della repressione e quella dell'abbandono.

---

<sup>2</sup> Fino a 50 anni fa c'era anche il manicomio, al quale però bastava segregarla.

## Violenza e istituzioni di cura

Dunque, se la violenza può costituirsi come una frequente dinamica della vita sociale e organizzativa è più che prevedibile che possa giungere a contaminare anche i contesti sanitari, che pure dovrebbero essere dominati dai valori del prendersi cura di chi ha bisogno, del perseguimento del benessere e dell'alleanza di lavoro tra curanti e curati.

Per uscire da un equivoco frequente, vorrei chiarire che le condotte violente delle persone, anche se sono espressione di modalità di relazione interpersonale alterate in senso delinquenziale o psicopatologico, non sono necessariamente un indicatore di delinquenza o di patologia psichica. I criminali e i paranoici sono spesso aggressivi – e questo è certamente un peso aggiuntivo per gli operatori dell'emergenza e quelli della salute mentale – ma molte violenze sono commesse da persone che non sono delinquenti abituali né portatori di qualche disturbo di personalità.

Un aspetto apparentemente paradossale – e per molti versi crudele – è stato il brusco viraggio di immagine e di atteggiamento che i professionisti della salute hanno subito nei tempi della pandemia, passando da una fase celebrativa in cui erano applauditi dai balconi come eroi e martiri moderni nella guerra contro il virus ad una fase di svalutazione rabbiosa, che li ha visti accusare delle morti da COVID come 'untori' o assalire nei pronti soccorsi a coltellate o a male parole. Ho parlato di paradosso 'apparente', perché il fatto risponde a una logica emotiva abbastanza frequente, quella per cui la delusione di attese che non erano realistiche (in questo caso la sanità come baluardo magico e onnipotente contro l'epidemia) tende a trasformare l'oggetto idealizzato in oggetto denigrato non appena l'idealizzazione è smentita dai fatti.

Ma la violenza contro gli operatori sanitari e sociali non è una conseguenza della pandemia, è un fenomeno che la precede e che da tempo si è insinuato nel lavoro di cura, rappresentando uno dei suoi rischi più rilevanti, non solo per le conseguenze lesive sull'incolumità e sulla salute dei curanti, ma anche per l'impatto negativo sulle loro motivazioni (che può portare all'abbandono della professione o alla sua disumanizzazione) e in definitiva sull'efficienza delle prestazioni del sistema sanitario. Lo testimoniano in modo eloquente il *quiet quitting* (l'abbandono silenzioso dei posti di lavoro da parte di medici, infermieri e altri operatori) ed il collasso di tanti Pronti Soccorsi e di buona parte della sanità territoriale.

Cercherò di tracciare una mappa provvisoria degli aspetti del lavoro di cura che possono esporre i curanti (ma non solo loro, anche i pazienti, i familiari, i colleghi e i dirigenti) ad esperienze di violenza, subita, agita o assistita, sul piano fisico come su quello psicologico.

Un primo aspetto riguarda la percezione implicita e irrazionale della malattia e della morte come colpa, una colpa del curante oppure del pazien-

te o di entrambi. La sua origine risale a concezioni di tipo religioso, ma nella modernità ha ricevuto varie conferme di tipo culturale e anche istituzionale.

- Nella tradizione cinese i cosiddetti ‘medici scalzi’ venivano pagati finchè il paziente stava bene e smettevano di esserlo quando si ammalava.
- Nel film di Bergman ‘Il posto delle fragole’ l’anziano medico pronuncia la frase inquietante: ‘Il primo dovere del medico è chiedere perdono’; perdono per che cosa? forse per la colpa di non essere capace di evitare la morte?
- Il Servizio Sanitario inglese in un passato recente ‘puniva’ con la sospensione della gratuità delle cure quei pazienti diabetici che non avevano seguito correttamente le diete o le terapie prescritte.
- Fino a poco tempo fa nelle cause per *malpractice* spettava al curante l’obbligo di dimostrare di non avere commesso errori invece che alla parte lesa quello di dimostrarne l’evidenza.

Come già accennato rispetto alle vicende della pandemia da COVID-19, l’idealizzare la medicina come onnipotente e salvifica comporta che di fronte a ogni anche minima smentita (successi parziali, errori, attese deluse) ne consegua inevitabilmente una presunzione di colpa, da cui discendono le scontate reazioni di accusa, sfiducia, svalutazione e aggressione, che i professionisti di solito si trovano a subire ma che possono a volte rivolgere spontaneamente contro se stessi, facendosi per così dire violenza da soli. Forse per questo la pratica della cura tende a generare in profondità sensi di colpa in chi vi si dedica.

Le responsabilità di questa incauta idealizzazione della medicina sono molteplici: a volte sono gli stessi curanti a presentare un’immagine di sé e della loro scienza come qualcosa di onnipotente e di magico di fronte ai pazienti, ma più spesso sono questi ultimi – e con loro anche la pubblica opinione - ad immaginarlo, ad aspettarselo o persino a pretenderlo, non si rado allineandosi con certe posizioni trionfalistiche assunte dalle istituzioni sanitarie o addirittura dalla letteratura scientifica. Per capire questo fenomeno basterà ricordare con quanta frequenza le concezioni sanitarie dei pazienti siano impregnate di elementi magico-irrazionali o di atteggiamenti infantili, quanto spesso le patologie vengano collegate con una propria colpa o un’azione malevola, con un aggressore operante dall’esterno (un trauma, un virus o magari il medico curante) oppure dall’interno, con quanta facilità una malattia possa trasformarsi in una punizione meritata, in un esonero dalle responsabilità, in una via d’uscita da un conflitto, in un’occasione di rivendicazioni, pretese, ricatti e risarcimenti.

Oltre che dalle aspettative del paziente i rischi di esposizione alla violenza sono accentuati da altri due aspetti della relazione di cura: la prossimità e la continuità. Quando la situazione diventa critica, per un insuccesso terapeutico o per un peggioramento del quadro clinico, i curanti che passano più

tempo in contatti ravvicinati con i pazienti sono tendenzialmente più esposti alle reazioni aggressive di questi ultimi ma anche più inclini a interagire aggressivamente con loro e talvolta anche tra colleghi. Queste condizioni possono verificarsi per tutti i professionisti della salute, ma in misura più elevata per coloro che, come si è detto, lavorano in regime di maggiore prossimità e continuità delle cure, cioè gli infermieri e il personale di assistenza, i medici di famiglia, gli operatori della salute mentale

La relazione di cura e le emozioni correlate sono poi fortemente influenzate dalla qualità della comunicazione (verbale e non-verbale) e dal livello di fiducia reciproca che possono generare un'alleanza di lavoro tra curanti e pazienti. L'importanza della parola (e della sua coerenza con il linguaggio mimico e corporeo) nel lavoro di cura è stata ampiamente documentata dalle recenti ricerche neuroscientifiche, dove si è scoperto che parole sgarbate, rabbiose, dispregiative e insultanti – per non parlare delle campagne d'odio lanciate sui social media - possono 'ferire' non solo l'amor proprio ma anche il cervello e il corpo attraverso la liberazione di cortisolo e di altri 'ormoni dello stress'.

Anche la fiducia, sentimento-base dell'alleanza terapeutica, non è un elemento scontato, si costruisce gradualmente nel tempo attraverso esperienze reciproche di rispetto, comprensione e gentilezza, dove un ruolo rilevante è svolto sia dai neuroni-specchio, motori dell'empatia, sia dai neuroni-occhio, che attraverso l'incontro degli sguardi promuovono nell'amigdala di entrambi gli interlocutori la produzione di oitocina e con essa la creazione di legami di attaccamento e di affidabilità.

Ma la fiducia può infrangersi per i motivi più svariati lasciando il posto a diffidenza e ostilità, come, ad esempio, nella comunicazione delle 'cattive notizie' o nei casi di mancata aderenza alle prescrizioni o quando il paziente si rivolge anche ad altri curanti, magari persino al Dr. Google.

Tutto ciò ci insegna che le relazioni umane – e quelle di cura in modo particolare – devono attrezzarsi per affrontare anche le emozioni negative e per imparare a gestire gli inevitabili conflitti, allo scopo di impedire che il contrasto diventi inimicizia e guerra, degenerando in condotte violente e soffocando ogni possibilità di collaborazione tra curanti e pazienti, oltre a scoraggiare gli uni e gli altri dal continuare a credere nella sanità pubblica.

Un altro fattore che tende a sollecitare atteggiamenti aggressivi o violenti è il particolare contesto sanitario, laddove questo richieda ai curanti la necessità di prestare cure in situazioni di stress particolarmente intenso. Mi riferisco alle aree critiche e a quelle dell'emergenza-urgenza, alle rianimazioni, all'oncologia, alle cure palliative e di fine-vita, ai luoghi della nascita e delle cure all'infanzia, al lavoro nel corso di epidemie, guerre o eventi catastrofici ed ancora alla salute mentale. Un Dipartimento di Emergenza Urgenza e Accettazione dove siano avvenute delle aggressioni ai danni del personale curante sarà probabilmente per un certo tempo dominato da sen-

timenti di paura e di rancore, destinati ad incidere sulla qualità delle relazioni e degli interventi di cura, ma anche sulla coesione e sulla collaborazione tra curanti; un tipico esempio sono i contrasti tra medici di famiglia, medici della continuità assistenziale e medici del Pronto Soccorso.

Nei ‘luoghi’ della sanità più attraversati dallo stress i curanti possono sperimentare delle forme di aggressione messe in atto non solo dall’utenza ma dalla stessa istituzione a cui appartengono, una sorta di ‘violenza istituzionale’ che li espone al rischio di perdita del senso di Sé, dei propri valori e dell’identità personale, inghiottiti dal ruolo istituzionale e dalle sue richieste. È quella che oggi nell’ampio capitolo del burnout viene chiamata *moral injury*, danno morale.

Un esempio particolare di violenza istituzionale, che la psichiatria ha studiato a fondo nel suo sforzo di superare il suo passato manicomiale, è lo stigma, con cui certe culture etichettano i comportamenti delle persone - e spesso anche le loro opinioni e le loro emozioni - secondo criteri prestabiliti che mirano a definire ruoli e personaggi negativi, disfunzionali o presunti colpevoli (veri capri espiatori) per confermare credenze e pregiudizi o per mantenere qualche forma di equilibrio utilitaristico e di potere. Tipico delle culture aziendali ipercompetitive - ma non infrequente anche in quelle del welfare - è il sanzionamento dell’ansia come segno di debolezza e di incapacità o l’interpretazione del dubbio come prova di incompetenza o di slealtà. Negli ambienti sanitari lo stigma colpisce tipicamente i curanti quando manifestano malessere, stanchezza, indecisione nello svolgimento del proprio lavoro o quando rivelano la propria contrarietà di fronte a certe scelte politiche aziendali. Anche per questo motivo medici, infermieri e altri operatori sanitari ben raramente chiedono aiuto in condizioni di stress, e meno che mai un aiuto di tipo psicologico, né lo accettano serenamente nelle occasioni in cui l’istituzione glielo offre; per un professionista della salute accedere ad uno sportello di supporto o chiedere il ‘bonus psicologo’ oggi sembra ancora implicare qualche rischio per la propria reputazione.

Un ultimo capitolo - abbastanza complesso e delicato - riguarda quella che chiamerei la ‘violenza implicita’ nella cura. Se pensiamo alla cura nei termini del *caring*, del prendersi cura di una persona che soffre e che ha bisogno di assistenza, ci vengono in mente solo azioni nel segno del soccorso, della sollecitudine, della vicinanza e della simpatia; ma noi sappiamo anche troppo bene come la *cure*, il trattamento delle patologie e l’esecuzione delle terapie, sia impegnativa anche per il paziente, che non di rado per poter ricevere aiuto deve accettare un certo grado di violenza, e questo prescindendo dal fatto che la relazione di cura si fondi sull’aderenza e su un’alleanza di lavoro tra adulti consapevoli.

Le cure possono essere ‘violente’ in molti modi diversi, per il fatto che possono: i) infliggere dolore fisico e psicologico; ii) generare ansia e insicurezza; iii) imporre limitazioni della libertà; indurre situazioni di dipendenza e

sentimenti di impotenza; denudare il corpo, penetrarlo (con strumenti o con farmaci), ferirlo ed esporne l'intimità.

In psichiatria poi la violenza della cura può anche concretizzarsi in alcune misure di coercizione e di controllo del comportamento o in pratiche terapeutiche che possono modificare la coscienza, i pensieri e persino i sentimenti dei pazienti. E il fatto che tutto ciò per lo più sia inevitabile e serva a migliorare la salute delle persone non elimina il rischio che in certi momenti la cura venga percepita come una violenza, come qualcosa di peggiore della stessa malattia; e che di conseguenza nella mente dei pazienti i curanti si trasformino in violentatori.

Per concludere, possiamo chiederci in cosa consista una adeguata protezione dalla violenza per gli operatori sanitari. Il tema, come sempre complesso, non tollera sbrigative semplificazioni come dire che basti aprire posti di polizia nei Pronti soccorsi o aggravare le pene per gli aggressori. Queste misure sono senz'altro necessarie ma probabilmente non sufficienti se non si integrano con una serie di altri strumenti che proverò qui ad elencare.

1. Un cambiamento della cultura organizzativa del sistema sanitario, che sviluppi una maggiore responsabilità per il benessere e la sicurezza dei curanti e una maggiore consapevolezza di come essi si intreccino con quegli aspetti della cura che sono in rapporto con il limite, con la sofferenza e con l'angoscia connessa all'esperienza della vulnerabilità fisica, della malattia, della cronicità e della morte; il tutto alla luce delle difficoltà operative attuali, in parte esplose dopo la pandemia, che vede operatori sempre più stanchi e sovraccarichi e una pressione ad agire sempre più elevata;
2. Un modello formativo e preventivo per gli operatori sanitari che non si limiti alle procedure per la 'gestione' degli eventi aggressivi o alla raccolta di dati e documenti, ma che favorisca la comprensione dei fattori in gioco negli episodi segnalati (Che cosa rende aggressivo un paziente o un familiare? Che cosa rende aggressivo un curante?), migliori le capacità dei professionisti nella gestione dei comportamenti a rischio e nella lettura dei segnali che anticipano la risposta violenta, fornisca anche spazi di riflessione su ciò che la rabbia e le tensioni quotidiane evocano nel mondo interno e nel comportamento degli attori coinvolti;
3. Una serie di misure che promuovano tanto una sicurezza reale (dispositivi di protezione, vie di fuga, sistemi di allarme, addestramenti all'autodifesa) quanto una sicurezza percepita, cioè ambienti e contesti operativi sentiti come sicuri – in particolare nelle zone d'accoglienza e d'attesa per l'utenza – e una dirigenza fisicamente e mentalmente presente che si mostri autenticamente preoccupata di salvaguardare il benessere dei curanti e l'alleanza di lavoro con i pazienti attraverso un'organizzazione più sana e più sostenibile;
4. L'introduzione nel comune orario di lavoro per tutti gli operatori sanitari di spazi d'incontro stabili, regolari e tutelati, destinati a promuovere la

condivisione, la riflessione, l'apprendimento cooperativo e il supporto di gruppo in un contesto regolato e sicuro, non giudicante ed esente dallo stigma, gestito con metodologie gruppali preferibilmente di tipo psicodinamico-sistemico, come quella dei Gruppi Balint e dei gruppi di intervistazione e supporto tra pari.

I risultati attesi sono lo sviluppo di un clima di lavoro insieme autoprotettivo e protetto dall'istituzione, dove gli eventi violenti – e lo stress che li alimenta – si riducano per numero e gravità e dove i professionisti della salute non siano costretti a difendersi da soli con meccanismi inadeguati, come la negazione del rischio, la proiezione della colpa, il masochismo sacrificale, la violenza simmetrica o la fuga dalla professione.

Anche gli utenti (pazienti, familiari, *caregiver*, ecc.) andranno in qualche modo sensibilizzati sul tema, perché si rendano conto che spaventare i curanti li può rendere incapaci di curarli.

## Conclusioni

Stanziano e Nunziante Cesaro (2013) in un loro lavoro sulla violenza alle donne, ricordando la distinzione fatta da André Green tra *acting out* e *acting in* (Green, 1990), collegano in sostanza la violenza sociale con la mancata simbolizzazione e con 'l'assenza di elaborazione psichica e culturale', e lasciano intendere che tale elaborazione sarebbe appunto l'arma più efficace per prevenirla e forse anche per curarla. Non c'è dubbio che violenze come quelle inter-etniche, nutrite dalla paura del diverso che trasforma l'estraneo in nemico, siano sostenute da questi deficit insieme psicologici e culturali, e perciò credo che questo sia il terreno dove la psicoanalisi potrebbe provare a spingersi per dare un contributo significativo, nel segno del riconoscimento del conflitto, della sua pensabilità e della sua gestione non-violenta.

In un suo libro sulle dinamiche dei gruppi e delle organizzazioni Kets de Vries scrive:

'C'è una storia Sufi che racconta di un uomo che aveva notato un fastidioso bernoccolo sotto un tappeto. Provò in ogni modo ad appiattire il tappeto, lisciandolo, strofinandolo e schiacciando il bernoccolo, che però continuava ad apparire. Alla fine, frustrato e furioso, l'uomo sollevò il tappeto e, con sua grande sorpresa, ne uscì un serpente molto arrabbiato.' (Kets de Vries, 2011)

Per l'autore – uno psicoanalista con grande esperienza di analisi delle organizzazioni – questa storia è una chiara metafora della necessità di andare a vedere e ad affrontare in profondità i problemi reali, perché restando in superficie si rischiano di ottenere solo risultati limitati. Ma tra le righe a me pare che dica anche un'altra cosa: che 'appianare' le salienze e le criticità senza andare subito a guardare che cosa c'è sotto il tappeto, prolungando nel



tempo il diniego del conflitto e il disconoscimento del pericolo, porta solo a loro 'incattivimento'.

Il racconto Sufi non lo dice, ma io scommetterei che a quell'uomo il serpente deve avere morso la mano. I serpenti arrabbiati di solito diventano violenti.

#### BIBLIOGRAFIA

- Amati Sas, S. (2003). La violenza sociale traumatica: una sfida alla nostra adattabilità inconscia. International Conference 'Clinical Sandor Ferenczi' Torino, 18-21 luglio 2002', *Ferenczi oggi*, F. Borgogno (a cura di), Bollati Boringhieri, Torino.
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A Social Learning Analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bar-Haim, S. (2013). Towards a professional 'Magna Carta' for psychoanalysis. (Report from the Conference 'Psychoanalysis in the Age of Totalitarianism', London 2012).
- Benhaim, D. (2010). Freud e la violenza. *Interazioni*, 2010; 1:79-83.
- De Zulueta, F. (1999). Dal dolore alla violenza. Le origini traumatiche dell'aggressività. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Dollard, J., Miller, N.E., Doob, L.W., Mowrer, L.H., Sears, R.R. (1957). Frustration and Aggression, *Yale University Press*. (Tr. it. *Frustrazione e aggressività*. Editrice Universitaria, Firenze, 1967).
- Erllich, H.S., Erllich-Ginor, M., Beland, H. (2009). Fed with Tears - Poisoned with Milk: The Nazareth Group Relations Conferences. Psychosozial-Verlag, Giessen.
- Fonagy, P. (2001). The psychoanalysis of violence. *Psyche Matters*. Paper presented to the Dallas Society for Psychoanalytic Psychotherapy, March 15, 2001.
- Fornari, F. (1966). Psicoanalisi della guerra. Feltrinelli, Milano. (3<sup>a</sup> ed. 1988).
- Fornari, F., Basaglia, F., Controzzi, G., Dell'acqua, G.P. (a cura di) (1978). La violenza. Vallecchi, Firenze.
- Freud, S. (1912-13). Totem und Tabu, GW, 9. (Tr. it. Totem e Tabù. *Opere di S. Freud*. Boringhieri, Torino, 1976;VII).
- Freud, S. (1915) Zeitgemässes über Krieg und Tod, GW, 10, S. 333. (Tr. it. 'Considerazioni attuali sulla guerra e sulla morte'. *Opere di S. Freud*. Boringhieri, Torino, 1976;VIII).
- Freud, S. (1921). Massenpsychologie und Ich-Analyse, GW, 13. (Tr. it. Psicologia delle masse e analisi dell'Io. *Opere di S. Freud*. Boringhieri, Torino, 1977;IX).
- Freud, S. (1929). Das Unbehagen in der Kultur, GW, 14 (Tr. it. Il disagio della civiltà. *Opere di S. Freud*. Boringhieri, Torino, 1978;X).
- Freud, S. (1932). Warum Krieg?, GW, 15 (Tr. it. Perché la guerra? *Opere di S. Freud*. Boringhieri, Torino, 1979;XI).
- Freud, S. (1934-38). Das Mann Moses und die monotheistische Religion, GW, 16 (Tr. it. L'uomo Mosè e la religione monoteistica: tre saggi. *Opere di S. Freud*. Boringhieri, Torino, 1979;XI).
- Green, A. (1990). La folie privée. Psychanalyse des cas-limites. Gallimard, Paris. (Tr. it. Psicoanalisi degli stadi limite. La follia privata. Cortina Editore, Milano, 1991).
- Hopper, E. (2003). *The Social Unconscious: Selected Papers*. Jessica Kingsley, London.
- Janis, I.L. (1982). *Group Think*. Houghton-Mifflin, Boston, Mass.
- Jaques, E. (1976). *A General Theory of Bureaucracy*. Halsted, New York. (Tr. it. Teoria Generale della Burocrazia. ISEDI, Milano 1979).
- Kaës, R. (1976). L'appareil psychique groupal. Constructions du groupe. Paris Dunod. (Tr. it. L'apparato pluripsichico: costruzioni del gruppo. Armando Editore, Roma 1983).

- Kaës, R. (2005). Il disagio del mondo moderno e la sofferenza del nostro tempo, *Psiche*, 2:57-66.
- Kernberg, O.F. (1993). Paranoigenesis in Organizations. *Ideology, Conflict and Leadership in Groups and Organizations*, New Haven, Yale University Press, 1998 (Tr. it. La paranoigenesi nelle organizzazioni. *Le Relazioni nei Gruppi*, Raffaello Cortina, Milano 1999).
- Kets De Vries M.F.R. (1989), Alexithymia in Organizational Life: the Organization Man Revisited, *Human Relations*, 42:1079-93.
- Kets de vries, M.F.R. (2011). Reflections on Groups and Organizations. Jossey Bass, San Francisco.
- Milgram, S. (1974). Obedience to Authority, Harper & Row, New York. (Tr. it. Obbedienza all'autorità, Bompiani, Milano 1975).
- Poli, G., Calvagno, G. (2013). Echi di una voce perduta. Incontri, interviste e conversazioni con Primo Levi. Ed. La Stampa, Torino.
- Puget, J., Kaës, R., Vignar, M., Ricón, L., Braun de Dunayevich, J., Pelento M.-L., Amati, S., Ulriksen-Vignar, M., Galli, V. (1989), Violence d'Etat et Psychanalyse. Dunod, Paris. (Tr. it. Violenza di Stato e Psicoanalisi, Gnocchi, Napoli, 1998).
- Segal, H. (1997). Psychoanalysis, Literature, and War: Papers, 1972-1995. Ed. J. Steiner. London: Routledge.
- Stanziano, G., Nunziante Cesaro, A. (2013). Riconoscere la violenza, *Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza*, VII, 2:154-162.
- Twemlow, S.W. (2000). The Roots of Violence: Converging Psychoanalytic Explanatory Models for Power Struggles and Violence in Schools, *Psychoanalytic Quarterly*, 69:741-785.
- Varvin, S., Volkan, V.D. (Eds) (2003). Violence or Dialogue? Psychoanalytic insights on Terror and Terrorism. *International Psychoanalytic Association Publications*. London.
- Volkan, V.D. (2001). Transgenerational transmissions and chosen traumas: An aspect of large-group identity. *Group Analysis*, 34:79-97.
- Volkan, V.D. (2006). Killing in the Name of Identity: A Study of Bloody Conflicts. Pitchstone Publishing, Charlottesville.
- Winnicott, D.W. (2005). Il bambino deprivato. Le origini della tendenza antisociale. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Zimbardo, P.G. (2007). The Lucifer Effect: Understanding How Good People Turn Evil. Random House, London. (Tr. it. L'effetto Lucifero: Cattivi si diventa? Raffaello Cortina Editore, Milano 2008).

---

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 14 aprile 2023.

Accettato: 14 maggio 2023.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2023

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2023; XXXIV:800

doi:10.4081/rp.2023.800

*This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.*