

Carmelo Conforto Luca Trabucco

Nati prematuri

Tracce psichiche negli adulti
e cura psicoanalitica

PSICOANALISI
PSICOTERAPIA ANALITICA

FrancoAngeli

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



Psicoanalisi e psicoterapia analitica

Collana ideata da Valeria Egidi e Enzo Morpurgo

Direzione: Valeria Egidi

La collana Psicoanalisi e psicoterapia analitica propone testi di psicoanalisi e di psicoterapia analitica nell'ottica dei cambiamenti culturali che aprono il terzo millennio.

I cambiamenti nella società, nei ruoli e nei vissuti dei rapporti interpersonali, le nuove tecnologie al servizio della comunicazione, i progressi delle scienze della mente e il rinnovamento degli strumenti terapeutici accrescono una domanda informata di strumenti di interpretazione e di intervento. Tanto sulla sofferenza mentale e sugli stati di disagio psicologico quanto sulla condizione umana.

Di fronte a questa domanda la psicoanalisi rappresenta uno strumento di orientamento, di interpretazione, di intervento, in forza della sua ricchezza teorico-clinica arricchita dal confronto con altre discipline, sia in campo umanistico sia scientifico. I testi della collana rappresentano il rigore e la ricchezza di un dibattito psicoanalitico cresciuto intorno ai contributi americani, argentini, inglesi e francesi e ai recenti modelli italiani: tra gli altri la revisione della teoria del campo analitico, del narcisismo, della psicoanalisi bipersonale.

La collana si articola in tre sezioni:

Clinica: testi di carattere teorico-clinico; di tecnica e teoria della tecnica, e dedicati alla discussione di casi clinici.

Strumenti: manuali di psicoterapia; di tecnica psicoanalitica e psicoterapica, individuale e di gruppo; volumi dedicati alle tecniche di cura di patologie specifiche.

Ricerche su psicoanalisi e condizione umana: testi di ricerca psicoanalitica sui temi della condizione umana, e sulle capacità umane di conoscenza e rappresentazione del mondo. La sezione è aperta al contributo di altre discipline: dell'indagine letteraria, filosofica, estetica, della ricerca scientifica, delle scienze cognitive.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Carmelo Conforto Luca Trabucco

Nati prematuri

**Tracce psichiche negli adulti
e cura psicoanalitica**

FrancoAngeli

Grafica della copertina: Elena Pellegrini

Copyright © 2014 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore.
L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni
della licenza d'uso previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.*

*L'analista deve essere pronto ad attendersi
qualsiasi genere di materiale, compreso il
materiale che riguarda la nascita.*

Winnicott

Indice

Prefazione , di <i>Carlo Maganza</i>	pag.	9
Introduzione , di <i>Antonella Granieri</i>	»	13
Premessa. Spinta a esistere e funzione del ‘caregiver’	»	19
In ascolto di Winnicott e Bion, senza dimenticare Fairbairn	»	23
Bowlby e l’ingresso dell’etologia	»	27
Il contributo delle neuroscienze	»	29
Osservazioni sulla “nascita mentale” e sull’oggetto estetico	»	33
Nascita e vita mentale / Nascita della vita mentale	»	33
Intorno alla Cesura	»	38
Il bambino come oggetto di conflitto estetico per i genitori	»	46
Osservazioni sul conflitto estetico	»	47
Osservazioni cliniche	»	51
Prima osservazione clinica: quando l’oggetto estetico è percepito come “equazione simbolica”	»	51
Seconda osservazione clinica: il ritiro dal conflitto estetico	»	54
Terza osservazione clinica: l’incontro, drammaticamente condiviso, con l’esperienza estetica	»	64
Quarta situazione clinica: il “come se” (–K) isterico	»	76

Interrogarsi: ancora sul “conflitto estetico”	pag. 89
Bambini pretermine e prematurità umana: una continuità	» 95
Postfazione, di <i>Laura Ambrosiano</i>	» 107
Bibliografia	» 115

Prefazione

di *Carlo Maganza**

La nascita pretermine, e ulteriormente la grande prematurità, rappresentano una condizione di attualità incandescente nell'universo della perinatologia di oggi.

Problema di crescente rilevanza clinico-epidemiologica, esso interroga ognuno di noi, professionista della cura e non, laddove compendia forse più di ogni altro la questione dei “limiti” della medicina, e in medicina. In questo senso, il tema merita indiscutibilmente uno sguardo assai aperto e sensibile, e non solo per le sue implicazioni bioetiche e giuridiche.

Carmelo Conforto e Luca Trabucco, con il loro prezioso e originale contributo, ce ne offrono oggi una visuale ulteriore. Aprono altre porte. Vorrei dire che vanno “oltre”, anche se dal mio punto di vista non si tratta di un “altrove”.

Confesso di essermi accostato a questo libro, e di averne vissuto la lettura, con emozioni via via cangianti: intensa curiosità e appagamento intellettuale da un lato, accanto al timore, dall'altro, che la lettura stessa potesse essere in qualche misura portatrice di crisi di identità. Il mio approccio al mondo della medicina perinatale, e alle “cure” ostetriche in senso più clinico, è sempre stato, del resto, animato da intenti di attenzione alla complessità e di cura globale, e alimentato da interessi interculturali. E ciò, se apporta consapevolezza, certamente genera spunti di incertezza e di sofferenza.

* Ginecologo, insegna all'Università degli Studi di Genova, dove coordina il Corso di Ginecologia e Ostetricia nel corso di laurea in Medicina e Chirurgia. Coordina la sezione di Medical Education della Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche dell'Ateneo genovese. Si occupa da tempo di modelli educativi e di epistemologia in Medicina.

Le riflessioni di Conforto e Trabucco sul tema della prematurità dell'uomo, teoriche prima e intensamente cliniche poi, ci consegnano del problema stesso un quadro che ne scardina in qualche modo il convenzionale, preponderante impianto biomedico.

E questo per me è affascinante. Dobbiamo essere grati agli autori per aver focalizzato la nostra attenzione su dimensioni latenti, ma vorrei dire radicalmente determinanti l'agire di cura, se non quello clinico-decisionale, nel merito di situazioni estreme come quelle determinate dalla grande prematurità.

Sì, la lettura mi ha messo un po' in crisi: al di là della partecipazione appassionata ai racconti delle storie, e alle argomentazioni teoriche stimolanti che li contrappuntano, mi è sorto un interrogativo: siamo, come ostetrici, consapevoli fino in fondo delle implicazioni a tutto tondo che possono scaturire dall'evento nascita pretermine?

Lo sguardo degli autori, con le loro storie vere, storie cliniche, convoca sulla scena del nascere variabili in parte inedite, nuovi elementi di crisi e di instabilità.

Talvolta accade che il "trauma della nascita", come lo definì Otto Rank, sia dato anzitempo, o per la nostra incapacità di "evitare" l'anticiparsi dell'evento, o perché noi lo si ritenga assolutamente necessario per indicazioni di salute vuoi materna vuoi fetale. Nel solco di un approccio organicista, funzionalista, le nostre preoccupazioni vanno allora alla competenza polmonare, immunitaria, alla maturità o meno del sistema nervoso centrale. Ebbene: in una visione unitaria, che assuma pienamente la complessità, gli scenari aperti dalla rottura dell'unità feto-materna, o forse feto-genitoriale, possono evidentemente essere anche ulteriori.

Del resto, come ci ricorda Conforto, la vicenda neonatale è potente organizzatrice della vita psichica, e, parafrasando Winnicott citato in esergo dai nostri autori, l'ostetrico e il neonatologo dovrebbero essere consapevoli che il momento della nascita, specie se pretermine, concerne qualsiasi genere di dimensione funzionale, compresa quella psichica (dell'anima?).

È stimolante, oltre che gravida di implicazioni, la considerazione della grande prematurità come sorgente di criticità di salute anche psichica. L'interrogativo che si affaccia è allora: siamo al punto di dover riconsiderare nel merito clinico le categorie decisionali dell'agire ostetrico-neonatalogico?

Parrebbe a tratti che le ragioni del soma, la salvaguardia dello stesso, tanto per quanto riguarda la madre che il feto, possano radicalmente confliggere con quelle della psiche: da una possibile frantumazione e deriva per la vita, ad un'altra più profonda.

Come ostetrici, il timore legittimo è allora che si possa così contribuire a “spezzare” quella continuità, o a determinare condizioni non consone per uno sviluppo armonico di competenze radicalmente primarie, e integrate, della persona.

C'è da domandarsi come una medicina materno-fetale sempre più tecnologica, e certo riduzionista per quanto attiene alla complessità misteriosa della nascita, possa misurarsi, facendosene carico, con variabili così radicalmente altre rispetto a quanto, ad esempio, le scansioni ultrasonografiche sempre più raffinate di un feto in crescita possano consentire. Accanto a nuovi strumenti, sono forse necessari sguardi più aperti, più attenti all'insieme.

Ad oggi, all'altezza di una scienza perinatale straordinariamente evoluta, per lo meno in termini di comprensione fisiopatologica e management clinico, per noi ostetrici la nascita pretermine è, come già detto, qualcosa che si “subisce” come inevitabile o non prevenibile, oppure ciò che ricerchiamo attivamente, predeterminandola per precise ragioni cliniche. Poi, il dilemma diviene prevalentemente neonatologico.

Il “contenitore” non è più competente, oppure fonte di molteplici rischi, ma fuori c'è il buio, il freddo e, ci indicano i nostri autori, un percorso ricco di insidie...

Del resto, Lèvinas, filosofo che molto si è misurato con la “scena” della nascita, ricorda che la maternità “annoda l'incarnazione in un intrigo più ampio dell'appercezione di sé, intrigo in cui sono annodato agli altri prima di essere annodato al mio corpo”, e, altrove, che “l'essere violati inaugura ciò che siamo”.

In uno scenario così incandescente, pongo una domanda: quale ruolo, e quale spazio di contribuzione, per l'ostetrico, al di là della gestione protocollare del caso clinico, in una prospettiva di qualità delle cure alla nascita? E ancora, a proposito di competenza genitoriale nella prospettiva della nascita pretermine: esiste uno spazio per una educazione “preventiva”? La necessità, l'urgenza, la priorità è probabilmente una forte presenza di cura, e forse un'attenzione anticipatrice, nei confronti dei genitori, non solo madri, che possano venirsi a trovare in una situazione limite.

Come ci ricorda Trabucco, l'ostetrico incrocia i tre grandi momenti dell'umana esperienza: la nascita, la morte, la creatività. Sulla scena della nascita pretermine, ritroviamo, amplificate o in potenza, tutte queste dimensioni. È una convocazione importante, e lo è in termini di obbligazione di cura globale, non solo in termini di sorveglianza di parametri biomedici.

Da tempo sono attratto dal tema della medicina e della cura come dimensione di apertura, di sbilanciamento, come dimensione realmente "inclinata", e penso il dispositivo clinico, che ne rappresenta con forza lessicale e semantica l'intensità, come una disposizione qualificante a curvarsi verso chi attenzione di cura ci richiede.

La lettura di un prezioso recente volume di Adriana Cavarero, filosofa, dal titolo stimolante *Inclinazioni - Critica della rettitudine*, ha rafforzato con buoni argomenti filosofici questa mia convinzione. Ebbene, le parole chiave dell'argomentazione dell'autrice, che si richiama a pensatori per lei centrali e segnatamente ad Hannah Arendt, le ritrovo tutte nella metafora, nell'archetipo della scena della nascita, che è scena di separazione e di cura.

Ecco, alcune suggestioni in merito al contenimento e alla cura che impegnano l'analista nel tempo post-natale e magari adulto del nato pretermine mi inducono a immaginare e ad auspicare anche per la clinica della gravidanza un assetto più inclinato, meno protocollare, in questi termini davvero coraggiosamente clinico, alla ricerca di un senso della cura che possa a sua volta rappresentare un contenitore meno rigido, più elastico, e così più competente già in fase prenatale.

Certo, per riprendere la suggestione di uno degli autori, il quadro può cadere, ma forse anche noi possiamo contribuire a che il vetro non si rompa.

Personalmente auguro molta fortuna a questo testo, la cui lettura sarà certamente arricchente per diverse figure professionali, perché lo ritengo strumento prezioso e flessibile per una riflessione sui modi della cura, e in particolar modo delle cure alla nascita.

È, per taluni versi, un testo per addetti ai lavori, ma è anche altro da questo: sono racconti di vita, di ricerca, di cura, capaci di avvicinare a tematiche così forti, così ricche di implicazioni molteplici, professionisti della salute solo apparentemente distanti.

Introduzione

di Antonella Granieri*

Sono lieta di introdurre il testo di Carmelo Conforto e Luca Trabuc-
co, poiché essi coraggiosamente indagano il tema della prematuranza a
partire da materiale clinico. Un tema, questo, che ha a che fare con le
turbolenze connesse al formarsi della mente a fronte di una esperien-
za somato-psichica così intensa e potenzialmente pericolosa tanto per il
neonato, quanto per la madre. Il discorso evolve senza mai tralasciare,
in filigrana, la portata dell'integrazione tra le scoperte neuroscientifiche
e la teoria e pratica psicoanalitica.

In apertura, mi fa piacere dare risonanza alla scelta degli Autori di
citare l'evocativa opera *Moses und Aron* di Arnold Schoenberg (1932).
Mosè è colui che può vedere Dio, poiché portatore della parola divina,
ma la sua parola non può essere intesa dal popolo: essa necessita della
traduzione di Aronne in termini comprensibili da tutti. Schoenberg ri-
solva questa dinamica proponendo due modalità espressive diverse per
i due protagonisti: Mosè si esprime attraverso il parlato-cantato (tecnica
messa a punto da Schoenberg stesso), Aronne canta. Proprio nel canto si
racchiude la sintesi simbolica tra il parlare divino e il linguaggio uma-
no. Solo in una unione così feconda la sensibilità e il concetto divengo-
no luogo di mentalizzazione dell'esperienza. In caso di nascita prema-
tura, la presenza materna viene a mancare prima che lo sviluppo fetale
si sia completato in modo da rendere possibile per il bambino tollera-

* Psicoanalista, membro della SPI e dell'IPA, Direttore della Scuola di Specializzazio-
ne in Psicologia Clinica alla facoltà di Psicologia dell'Università di Torino. Ha pubblica-
to, oltre a diversi articoli su riviste specializzate, *Corporeo, affetti e pensiero. Intreccio fra
psicoanalisi e neurobiologia*, Utet, Torino, 2011.

re questa separazione. Il neonato prematuro, così come Aronne quando Mosè si ritira presso Dio, perde la possibilità di cantare il divino (ossia la relazione con il materno) e in questo modo “collassa” la capacità di simbolizzare. L'affettività non trova più una parola per essere espressa, ma può solo utilizzare un feticcio (nell'opera, il vello d'oro), che con la sua presenza consente di contenere la frantumazione, effetto dell'assenza di funzione simbolica.

L'esistenza di ciascuno, come teorizzava Heidegger (1927), implica la possibilità di contenere nella mente un percorso che dalla nascita conduce alla morte, attraverso una progettualità di vita. La nascita comporta come esperienza comune l'essere gettati nella vita e al tempo stesso l'essere proiettati verso la morte. Sarà proprio la qualità dei fatti di vita e degli intrecci relazionali a contribuire allo sviluppo di uno specifico progetto esistenziale per ognuno di noi.

Eccoci, dunque, nel vivo del lavoro degli Autori, che hanno preso in considerazione il materiale clinico di quattro pazienti accomunati da una nascita prematura, seguita da un periodo di vita trascorso in incubatrice; pazienti costretti a rimandare l'incontro con il loro caregiver e con le fondamentali funzioni di cui esso è portatore.

Due i quesiti di fondo che animano il lavoro.

Quale tipo di sviluppo psichico può delinearsi a partire da una nascita prematura, una nascita che porta con sé l'incontro con un “contenitore-incubatrice” che si allontana dalla pre-concezione del seno e dunque non è in grado di includere quelle risorse imprescindibili per lo sviluppo di una continuità somato-psichica né può promuovere la fiducia di base?

In quale misura, a partire dalle tracce proprie della memoria implicita, gli aspetti traumatici di questo venire al mondo possono personificarsi (Gaburri, 1992) nel lavoro di analisi?

La nascita prematura rompe la continuità dell'esperienza del feto, costringendolo a reagire. Come ben sottolinea Winnicott (1960), la necessità di reagire comporta una temporanea perdita di identità, con un conseguente senso di disperazione.

Noi tutti concordiamo sull'importanza di una funzione in grado di dare senso all'esperienza corporea affinché si possa parlare di vita mentale. Ma quale qualità può avere l'esperienza psichica di un feto che ha dovuto affrontare difficoltà di svariata natura, sino al contatto con una

realtà extrauterina? Che cosa accade quando il venire al mondo porta sulla scena il problema dei bisogni, assente nel grembo materno, poiché lì il bisogno è soddisfatto prima di presentificarsi?

Il neonato prematuro fondamentalemente non è attrezzato “a vivere delle emozioni riguardanti il contatto con una realtà che non sia filtrata dall’insieme psicofisico del contenitore materno”. Pertanto, è necessario che l’ambiente che lo accoglie non senta la necessità di porsi come “compagno vivo”, che stimoli il suo interesse e la sua crescita. Il neonato pretermine ha bisogno di essere accolto da un ambiente il più possibile affine a quello prematuramente abbandonato; un ambiente stabile che gli consenta di portare a compimento il suo sviluppo fetale e il suo desiderio di esistere.

Le criticità della prematuranza possono dar luogo nella madre a sentimenti di inadeguatezza, colpa e congelamento emotivo, che si traducono in modalità relazionali perpetuate nel tempo e in grado di condizionare la qualità dello sviluppo del neonato.

Conforto e Trabucco ritengono che nei pazienti caratterizzati da una nascita pretermine sia compromessa la possibilità di quel percorso creativo che prende avvio a partire dall’incontro con il sentimento della bellezza che scaturisce dall’offerta del seno al neonato. Si struttura una sorta di estremo rallentamento, talvolta un arresto, nel percorso mentale che conduce al simbolico, inteso come motore nella direzione del legame K (Bion, 1962).

Nel lavoro psicoanalitico con pazienti caratterizzati da una nascita prematura è più che mai auspicabile l’incontro con un analista in grado di sostare per un tempo necessario e sufficiente nell’attesa che si vengano a creare le condizioni per un new beginning (Balint, 1969). Solo in questo modo frammenti di esperienze condivise possono acquisire un senso sino a diventare per il paziente aspetti di conoscenza del proprio ambiente relazionale e del proprio funzionamento somato-psichico (Granieri, 2011). Gli Autori suggeriscono un’immagine vivida che riassume la qualità del lavoro clinico con questi pazienti: una camera iperbarica che assume “la qualità di uno spazio dilatabile, elasticizzato, che si contrappone allo spazio dell’incubatrice con fragili e rigide pareti di vetro, incapace quindi di adattarsi a pressioni endogene o esogene”.

Siamo giunti a questo punto a poter descrivere qualcosa di peculiare della qualità del luogo mentale che questi pazienti hanno la necessità di

esperire in un percorso psicoanalitico. Se lo spazio mentale della madre è immagazzinato a livello di memoria implicita come uno spazio somato-psichico che improvvisamente e prematuramente viene a mancare, non può svilupparsi la dialettica tra l'essere espulsi e il liberarsi, prodroma della possibilità di differenziarsi. Lavorare in una "camera iperbarica" permette di pensare insieme la traccia lasciata dalla nascita prematura, i sentimenti connessi al cambiare un proprio stato senza sentirne la necessità e senza poterne ammortizzare la portata catastrofica grazie a un ambiente accogliente. Solo in questo modo è possibile dare avvio alla differenziazione.

La regolazione affettiva funzionale con il caregiver permette al neonato un'esperienza di contatto estetico con la realtà, in cui gli aspetti dirompenti e intrusivi risultano addomesticati in un contatto piacevole. In questo percorso, l'altro personifica "colui che fa venire al mondo", vale a dire colui che consente ad aspetti del Sé di entrare in relazione con il mondo.

Con le parole degli Autori, "venire al mondo è un atto che si rinnova continuamente, in funzione delle capacità dell'oggetto di far venire il mondo a sé in modo tollerabile. D'altro lato l'oggetto è altro, è 'mondo' e alienità, e perciò contiene le stesse qualità perturbanti, indefinite e intrusive della realtà".

Una traiettoria vivida, questa, in grado di descrivere talune coloriture del transfert di questi pazienti, che colgono "il cattivo funzionamento del circuito relazionale (esterno/interno) con il caregiver, cercano di attivarne un secondo, di cui vanno alla ricerca, spesso interpretato dalla relazione con l'analisi".

A questo proposito, significativa risulta la rilevanza data alla funzione simbolizzante del setting e al timing nel lavoro analitico con questi pazienti. Un timing pensato rispetto a eventuali rotture del setting, sue manipolazioni e conseguenti trasformazioni oniriche della veglia permette di raffigurare l'esperienza a livello di conosciuto non pensato (Bollas, 1987).

Un setting che per un tempo necessario e sufficiente si troverà a ospitare l'esperienza controtransferale che i pazienti con nascita prematura frequentemente riservano all'analista, che si sente spettatore inerme delle qualità di quel vuoto che improvvisamente si è aperto di fronte a loro al momento della nascita.

Se a una prima lettura la punteggiatura teorica accompagna e arricchisce la narrazione dei casi clinici, rileggendo il testo essa in modo naturale va a collocarsi sullo sfondo, permettendo al lettore l'incontro con il cuore dell'esperienza di vita dei pazienti.

Bibliografia

- Balint M. (1969), *Il difetto fondamentale*, Cortina, Milano, 1983.
- Bion W.R. (1962), "Una teoria del pensiero", in *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, Armando, Roma.
- Bollas C. (1987), *L'ombra dell'oggetto*, Borla, Roma.
- Gaburri E. (1992), "Emozioni, affetti, personificazione", *Riv. Psicoanal.*, 38, 325-51.
- Granieri A. (2011), *Corporeo, affetti e pensiero. Intreccio fra psicoanalisi e neurobiologia*, Utet, Torino.
- Heidegger M. (1927), *Essere e tempo*, Utet, Torino, 1969.
- Winnicott D.W. (1960), "La teoria del rapporto infante-genitore", in *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma, 1970.

Premessa

Spinta a esistere e funzione del 'caregiver'

Iniziamo il nostro lavoro ricordando come l'uomo si presenti al mondo con un pesantissimo compito da affrontare e alla cui (parziale) soluzione collabora da subito il caregiver.

Lasciamo parlare Bion (1987, pp. 155-156), nella risposta a un collega: “È difficile descrivere la cosa di cui sta parlando la paziente, ma sento che si tratta di una specie di “spinta a esistere”. E questa spinta è completamente indifferente nei confronti degli esseri umani; non le importa nulla se moriamo di parto o in qualsiasi altro modo. La spinta a esistere dei genitori di questa paziente costrinse loro a far nascere una bambina, che la volessero o no. Così lei stessa è un prodotto di quella stessa spinta ed è alla sua mercé. Ha paura di trovarsi tutta sola con quella spinta a esistere alla quale non importa che cosa le capita – è completamente spietata. E la paziente è terrorizzata all'idea di esserne la schiava come lo sono stati i suoi genitori. In un modo simile, i bacilli e i virus sono completamente indifferenti agli esseri umani. Se noi dovessimo venire annientati, un altro genere di “cosa” esisterà in nostra vece”.

Laura Ambrosiano (2009) affronta questo tema, ricordando lo stesso intervento di Bion da noi ripreso e esprimendo la domanda a cui solo parzialmente riusciamo a dare risposta: “Come accade che l'individuo accetti il rischio di vivere pur dinanzi a dimensioni oscure che lo travalicano, dinanzi a ‘O’, la cosa in sé inconoscibile?”.

In un libro immediatamente precedente (Ambrosiano, Gaburri, 2008) gli autori presentano casi clinici e riflessioni che anticipano le successive considerazioni di Ambrosiano. Per attinenza con il tema che qui affrontiamo ci siamo soffermati sul capitolo primo, Impotenza. Giorgio, il