



**Università “Federico II” di Napoli**

**INTERPOLO DI BIOETICA**

**Tesi di Dottorato in BIOETICA**

**XXVII CICLO**

***“Riflessioni bioetiche sul trauma e riabilitazione”***

**Relatore**

**Ch.mo Prof. Enrico Di Salvo**

**Candidato**

**Dott. Giuseppe Russo**

*Capita alle persone veramente sapienti quello che capita alle spighe di grano: si levano e alzano la testa dritta e fiera finché sono vuote, ma quando sono piene di chicchi cominciano ad umiliarsi e ad abbassare il capo.*

*Michel De Montaigne*

## Abstract

*Il presente lavoro argomenta la necessità di considerare gli aspetti psichici, emozionali e relazionali per la cura riabilitativa di un trauma fisico. Il senso bioetico preso di mira riguarda come l'uomo della tecnica è chiamato a compensare un equilibrio tra la sua componente psichica, culturale e religiosa e le necessità materiali, del corpo e dell'ambiente, per migliorare la sua qualità di libertà, di insistenza e permanenza in vita. Il senso di separazione, di vuoto e di perdita di desiderio correlato a tecnologie protesiche e iperspecialistiche, tutte "schiate sul reale", possono lasciare al paziente lo spazio e la necessità di prendersi cura della dimensione psichica coinvolta nel trauma ma trascurata, per considerare se stesso ed "oltre", oltre il momento, oltre la disperazione e la finitezza. L'occasione offerta dal trauma fisico permette un tempo, un luogo e una possibilità di aiuto per una riflessione sul senso di una cura riabilitativa intesa come cura integrata psichica e fisica che subito offre al paziente traumatizzato un abbassamento del dolore e una maggiore capacità di rilassamento ed una risposta migliore ai farmaci, condizioni preziose e particolarmente apprezzate in simili circostanze. Sono state raccolte la narrazione e i vissuti dei pazienti sottoposti a riabilitazione integrata come testimonianza del loro punto di vista. Il trauma e il tempo della cura così viene vissuto come riappropriazione della qualità globale della vita e delle relazioni, dove la componente psicoterapeutica coinvolta nella riabilitazione integrata può permettere quell'equilibrio che rende l'umano maggiormente resistente, "resiliente" al trauma fisico e psichico, per una più completa adesione del paziente alla propria esistenza considerata non più preponderantemente nella sua componente fisica, ma in armonia con le parti meno visibili di sé e dell'altro da sé, per una più piena guarigione possibile. Altri aspetti operazionabili connessi alla ricerca empirica (gruppi bilanciati di pazienti –gruppo controllo, gruppo trattato-, cellule nk, valutazione statistica dei risultati, tempi, recidive, consumo farmaci, percezione dolore, test, ...) non sono oggetto del presente lavoro ma sono stati implementati e la ricerca empirica è in atto e continua considerando di "misurare" i benefici della cura integrata anche per traumi di natura oncologica.*

Key word: riabilitazione, trauma psichico, trauma fisico, resilienza

*Non tutto ciò che conta è numerabile,  
e non tutto ciò che è numerabile conta*

*E. Einstein*

## INDICE

<b>PREMESSE E INTRODUZIONE</b>	<b>1</b>
--------------------------------	----------

## **Capitolo I : IL TRAUMA NELL'OPERA DI FREUD**

1.1	Nozioni di orientamento	21
1.2	Passaggi chiave sul concetto di trauma in Freud	24
1.2.1	Studi sull'isteria (1892-95)	24
1.2.2	Meccanismo psichico dei fenomeni isterici (1893)	27
1.2.3	A proposito di una critica della "nevrosi d'angoscia" (1895)	29
1.2.4	L'ereditarietà e l'etiologia delle nevrosi (1896)	30
1.2.5	Psicopatologia della vita quotidiana (1901)	31
1.2.6	Cinque conferenze sulla psicanalisi (1909)	33
1.2.7	Introduzione alla psicanalisi (1915-17)	35
1.2.8	Psicoanalisi delle nevrosi di guerra (1919)	36
1.2.9	Al di là del principio di piacere (1920)	37
1.2.10	L'Io e l'Es (1922)	40
1.2.11	L'uomo Mosè e la religione monoteistica: tre saggi (1934-38)	44

## **CAPITOLO II: ALCUNE CONSIDERAZIONI SUL**

<b>TRAUMA NELLA TEORIA PSICODINAMICA</b>	
2.1 Concetto di trauma	46
2.2 Sogno e cura	53
2.3 Perdita, lutto e trauma	57
2.4 Simbolizzazione e cura. Metacognizione e fantasia.	63
<b>CAPITOLO III : TRAUMA NELL'APPROCCIO FENOMENOLOGICO</b>	74
<b>CAPITOLO IV: STORIE E VISSUTI</b>	83
<b>CAPITOLO V: RESILIENZA. ALCUNI ASPETTI BIOETICI E PSICOTERAPEUTICI</b>	98
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	105

## PREMESSE E INTRODUZIONE

Oggetto del presente lavoro è la produzione di una riflessione sulle problematiche bioetiche connesse all'aumento delle risorse e delle soluzioni tecnologiche in campo traumatologico-riabilitativo. La tecnologia protesica, per la sostituzione di articolazioni che un tempo avevano come unica possibilità l'anchilosi col conseguente blocco articolare, il miglioramento delle tecniche operatorie fino alla chirurgia robotica, il miglioramento delle tecniche anestesologiche con diminuzione dei rischi di mortalità anche per soggetti a rischio (anziani, obesi, cardiopatici, diabetici...), il miglioramento delle tecniche riabilitative (laser, tecar, radiofrequenza, campi magnetici pulsati, onde d'urto...) portano senza dubbio ad un allungamento temporale della vita, spesso già con indubbio miglioramento della qualità teorica della stessa. Ma non sempre questo è vero. Dopo un trauma grave che abbia messo in pericolo la vita dei soggetti, incidenti nei giovani, ma anche la frattura di femore nell'anziano, comunque assimilabile ad un trauma che mette in pericolo la vita delle persone avanti nell'età, la riabilitazione per dirla con Aldo Masullo diventa una vera e propria riappropriazione di sé. Abbiamo fatto l'esperienza di un aiuto psicoterapeutico-spirituale in campo

riabilitativo, proprio orientato al recupero e alla riflessione sulle motivazioni alla vita e al recupero di un'attività fisica faticosa per il superamento dell'inerzialità depressiva post immobilità traumatica. Ossia abbiamo considerato il trauma non solo dal punto di vista organico-fisico ma anche nella sua naturale componente psichica che spesso viene trascurata negli aspetti della riabilitazione (D'Antuono,2003).

Con una ricerca empirica sul campo tesa alla raccolta delle storie e del vissuto dei pazienti traumatizzati, abbiamo cercato di contribuire ad evidenziare un senso bioetico nella cura quando questa è cura integrata che tiene presente l'aspetto organico unitamente al sostegno del soggetto che si rende consapevole delle proprie emozioni e delle proprie motivazioni (Derogatis,1993). Il senso bioetico è legato al passaggio da oggetto malato che subisce le cure, a soggetto che partecipa e indirizza con i terapeuti il proprio cammino di guarigione nella fase di riabilitazione integrata, dove la riappropriazione e il recupero si intende orientato ad una qualità globale (Montano,2004), con adesione e partecipazione psichica e fisica del paziente alla propria esistenza.

L'evoluzione ipertecnologica delle conoscenze medico-scientifiche ha contribuito ad accrescere il senso di onnipotenza degli operatori e ha determinato un allontanamento da sé e dalle proprie capacità di auto

comprensione e di auto guarigione nei pazienti, con una delega totale del processo di cura ai “competenti”.

L'ingresso delle tecnologie specialistiche in campo protesico inducono, tra l'altro, anche una sensazione di estraniamento del proprio corpo parallela ma diversa rispetto a quella pur più “naturale” indotta dall'invecchiamento (Fornero,2005). Tale estraniamento può favorire un atteggiamento di “delega” della cura, che sempre più si centra su aspetti organici, materiali, visibili, riproducibili, numerabili e ne trascura la componente psichica coinvolta (Foucault,1991), (Foucault,1992).

Molte esperienze di vita raccontano il disagio di sentire un vuoto anche quando il trauma fisico sembrerebbe superato da un punto di vista medico. (Friedman,2009), (Galimberti,1999), (Minkovsky,1953).

Ad esempio nel caso di un trauma con frattura ossea di un paziente anziano da noi riportato in allegato, anche quando l'arto dal punto di vista ortopedico è guarito e tutto sembrerebbe a posto, il paziente sente il vuoto e gli manca la voglia di vivere (Mortari,2006), (Mortari2009), (Morin,2001). Con una riappropriazione del modo di sentire le proprie emozioni e relazioni sino a farne parola con se stesso e col terapeuta, il paziente ritesse la trama del proprio particolare ed unico nuovo modo di stare al mondo (Bruner,2003). Vengono descritti di seguito alcuni aspetti



che hanno svolto un ruolo di orientamento del pensiero scientifico afferente al trauma psichico considerato nel presente lavoro.

L'excurus storico del concetto di trauma in Freud e nelle teorie psicomodinamiche successive e nell'approccio fenomenologico sottolinea come il trauma non attenga esclusivamente alla parte organica dell'uomo e tenerne conto nei processi riabilitativi è di fondamentale importanza. Operare una ricucitura rispetto a traumi psico-fisici precedenti dell'arco di vita (Khan,1979), permette la riappropriazione più armonica e comprensibile della propria vita, oltre la frammentazione che anche il trauma contribuisce a creare.

Seguono le testimonianze raccolte nel capitolo IV delle storie e dei vissuti dei pazienti (Illich,1976) che praticavano terapia riabilitativa ortopedica ambulatoriale per patologie acute (traumatizzati o operati), come occasione di riflessione sui risultati della riabilitazione integrata psico-fisica percepiti dai pazienti stessi e di come tale riabilitazione offra migliori possibilità di fronteggiare e superare il "trauma" con un aumento delle capacità "resilienti" dei pazienti stessi. Si è sottolineato nel capitolo V la motivazione bioetica specificamente per gli aspetti "resilienti" che la psicoterapia è capace di indurre nei pazienti in fase di riabilitazione integrata, ovvero quando la riabilitazione procede in modo integrato sia

sul piano medico-fisico che sul piano psicoterapeutico-mentale-emotivo-affettivo-relazionale .

Le modalità operative della raccolta delle storie e dei vissuti dei pazienti sono legate alla presenza nell'ospedale Cto di Napoli dell'Associazione Nemeton Onlus di cui lo scrivente fa parte, in collaborazione con l'Azienda dei Colli e con l'unità operativa di Riabilitazione ambulatoriale. Attraverso l'attività che l'Associazione Nemeton Onlus svolge presso l'Azienda Ospedaliera dei Colli con i propri specialisti medici, psicologi e psicoterapeuti, è stato possibile integrare la cura riabilitativa organica con l'ascolto psicologico-psicoterapeutico del vissuto dei pazienti, teso a far emergere condizioni emotivamente bloccate e bloccanti che creano ulteriore disagio e ostacolo al processo di guarigione.

*Viene riportata di seguito la testimonianza della Dottoressa Fortuna Marcuccio, Dirigente medico dell'Unità di Riabilitazione dell'Ospedale CTO di Napoli:*

“Il modo di procedere che abbiamo indicato come “integrato” nella cura riabilitativa ha fornito la possibilità al paziente di recuperare la propria parte di responsabilità nell'accaduto, con uno spostamento del *locus of control* dall'esterno all'interno. Questa operazione permette di condurre la cura non solo sul piano del recupero fisico, ma, in contemporanea, anche di quello relazionale; come se nel vincolo alla possibilità di movimento, non solo risultano disabilitate delle azioni, ma anche gli scopi

ad esse connessi (cfr. G.F.Brunelli in P.Carbone,2003). I pazienti sottoposti alle cure fisiche, con l'aiuto di accoglienza e assistenza psicologica (in collaborazione, tra l'altro, con gli specialisti dell'Associazione Nemeton Onlus) migliorano i tempi, i modi e i costi del decorso riabilitativo. Migliorano, inoltre, la loro risposta al dolore, si riduce l'uso di farmaci e migliorano le loro capacità relazionali (dati non ancora pubblicati)."

In effetti abbiamo cercato elementi che ci permettessero di superare la distanza tra evento traumatico e trauma psichico, attraverso un contributo multidisciplinare (Piros,1997) che si facesse carico della cura della persona traumatizzata, nel rispetto delle specifiche professionalità degli specialisti coinvolti e permettesse un intervento integrato condiviso (Piro,1997), (Mele-Piro,1995). Ecco che l'intervento medico nell' "instant de dire" (Del Volgo,1989), cioè nel breve tempo di una visita medica, presta al paziente una prospettiva di esistenza del dolore a vari livelli (Bruner,2003) non solo, dunque, quello fisico reale e manifesto, ma anche quello psichico (Deleuze,2005). Si cerca con "tenerezza" (Correale, 1993) di riportare l'intero soggetto al centro della cura, non solo un suo segmento, osservando che si può curare con discreto successo la frattura e la limitazione funzionale articolare dal solo punto di vista organico (gesso, osteosintesi chirurgica, terapia farmacologica, magnetoterapia,

rieducazione motoria), ma che considerare anche i “dolori interiori” e le “fratture nelle relazioni”, per fare un esempio, può aiutare anche il corpo a guarire prima e meglio (Lecaldano,2009), (Lissa2011), (Magni,2011). Alcuni pazienti rifiutano ogni addebito che non riguardi il coinvolgimento fisico (Marcelli,1993): in questo caso si procede solo alla prescrizione della fisioterapia ed ove occorra anche dei soli farmaci. Nella maggioranza dei pazienti, dopo una spiegazione competente sulla loro condizione clinica, sugli obiettivi del trattamento riabilitativo e farmacologico, il medico può proporre considerazioni come: “Se noi curiamo solo la gamba del signor X sicuramente abbiamo dei risultati, ma il signor X non è solo la sua gamba, è una persona che ha aspettative, dolori di vita, motivazioni. Tenere conto anche di questi aspetti facilita la guarigione”. Questa attenzione è generalmente gradita e condivisa, altre volte è richiesta la competenza anche psicologica: -dottoressa/dottore ma siete anche psicologa?- (motivo per il quale il medico fisiatra ha affrontato anche il percorso di laurea in psicologia). L'intervento può quindi avere una natura informativo-terapeutica adattiva all'*ambiente* (Russo,2000), che apra uno spiraglio sulla relazione esistente fra vissuto fisico e psichico, e che dà inizio ad una fase terapeutica più ampia, che deve prevedere la presenza di altre professionalità curanti (es. psicologo, psicoterapeuta, fisioterapista...).

Va segnalato comunque che, tranne casi sporadici, tale pratica integrata svolta da specialisti diversi nell'ambito delle specifiche competenze e opportunamente organizzati in gruppo multidisciplinare che condivide un comune modus operandi della clinica e della ricerca, è ancora lontana dalla realtà generale ospedaliera pubblica con la quale siamo a contatto e che solo per eccezione è possibile avere testimonianza di una simile collaborazione, attenta alla cura integrata possibile della persona. L'importante, per i componenti del gruppo di specialisti, è costruire una fiducia professionale ed umana arricchita da competenze che meglio si intendono ed evolvono, nutrendosi reciprocamente, anche alla luce della costruzione di un linguaggio comune, facilitato dalle diverse competenze dei singoli specialisti, accomunati nella cura del medesimo paziente, ma con diverse responsabilità e caratteristiche di intervento. In simili casi il paziente si può giovare dell'apporto di tutto il gruppo di specialisti a cui confluiscono notizie ed osservazioni preziose per la cura, cosa avvenuta anche per il trattamento dei dolori fibromialgici. Lavorare come gruppo interdisciplinare risulta necessario per aggredire patologie complesse e richiede, tra l'altro, la costruzione di un linguaggio, di premesse e di una organizzazione condivisa, nel rispetto dell'alterità, delle competenze e della diversità (Piro,1997).

Il presente lavoro ha permesso di raccogliere alcune indicazioni che avvalorano la necessità di integrare il trattamento psicologico con quello medico clinico per la cura della persona traumatizzata.

A contatto con i pazienti traumatizzati ho avuto modo di pensare all'evento traumatico raffigurandolo come un'onda di un maremoto che impatta all'improvviso sulla costa, ferendo, devastando e sconvolgendo.

Un'onda che porta con sé la forza dirompente di tutto il mare e il magma delle profondità abissali che gli sta dietro.

La devastazione dipende dalle caratteristiche delle strutture ambientali specifiche locali, dalle caratteristiche dello sconvolgimento repentino relativo alla natura e genesi dell'onda, ma, ancor più, dall'alchimia di tale incontro dell'onda col soggetto che lo scollega dai suoi rimandi abituali agganciandolo ad un rimando ancestrale che è quello dell'angoscia dell'origine e della fine.

Tale scollegamento forse permette di richiamare la rottura dell'esserci al mondo del soggetto e i limiti dell'incontro con l'altro da sé.

Inoltre l'onda del mare richiama alla mente la presenza di movimento che è dato da onde successive, onde che come ulteriori eventi traumatici generano nuovamente traumi (psichici) che nel tempo si aggiungono e al

traumatizzato rinnovano il danno generale.

A volte questi eventi sono microtraumatici, sommabili, tali da riproporsi in tempi di pace come trasformazioni di traumi relativi alla guerra, reale o virtuale, che emergono nelle condizioni di vita e relazioni quotidiane anche attraverso i sogni. A volte il superamento del trauma si avvia con gradualità come si può notare da taluni sogni, quando si va acquisendo quella capacità che porta a *“maneggiare il trauma, saperci fare, a lavorarci come si fa con un filato, con un tessuto ...”*. (Finzi,1989). Anche la società attuale, che presenta aspetti più psicotici rispetto al passato, può contribuire ad aumentare un diffuso atteggiamento belligerante che caratterizza le relazioni tra i soggetti e le occasioni di trauma. Quando l' esempio è lontano dalla parola, espressione di un pensiero lontano dal sentire, quando si testimonia un comportamento distante dalle proprie dichiarazioni e credenze, si apre la strada alla psicosi (Bateson,1979).

Riepilogando, in questa tesi intendiamo assegnare all'incidente traumatico fisico, quindi reale, una posizione privilegiata tra le patologie che arrivano all'attenzione del medico, per gli aspetti bioetici che si aprono e rimandano alla persistenza e qualità della vita *“riabilitata”*, aspetti che sono capaci di essere rivelatori del conflitto umano più ampio attraverso:

1. Una ricostruzione del ruolo assegnato al concetto di trauma, così come

indagato nella teoria di Freud e successivamente nelle teorie psicomodinamiche.

2. Un approfondimento della visione fenomenologica dell'evento traumatico e del soggetto traumatizzato.
3. Aspetti bioetici e psicoterapeutici come resilienza ai traumi.
4. Mostrare i risultati della nostra indagine empirica attraverso la raccolta di alcune narrazioni, percorsi di vita e i vissuti dei pazienti, riportando i risultati del processo riabilitativo integrato, dove i pazienti stessi si esprimono in prima persona (Demetrio,1999), (Harrer-Gillet,1996).

Questa indagine è stata effettuata sui pazienti che venivano a consulto ospedaliero per la riabilitazione. Inoltre, discutere una visione più ampia del senso dell'incidente fisico nella vita delle persone e della possibilità di una prevenzione basata non solo su moniti e proibizioni, ma sul dialogo e sull'accoglienza del disagio, che tenga conto anche del punto di vista psicomodinamico e fenomenologico.

Abbiamo dato al concetto di "situato" un'accezione complessa e sistemica, nel senso che riguarda un particolare luogo, individuo e relazione sotto il dominio del tempo e non la useremo per caratteristiche dell' *inconscio* che di volta in volta richiedono esplicite ed altre premesse.



Indichiamo come complessa qualsiasi variabile multi composta, la cui comprensione non è possibile ricondurre in maniera completamente misurabile ad una unica causa, ad un unico elemento ordinatore e dove i molteplici elementi interagiscono in maniera non linearizzabile.

Il presente lavoro di studio e di ricerca empirica trova in me le prime motivazioni alla fine degli anni settanta e all'inizio degli anni ottanta, quando ero partecipe della scuola poi chiamata 'antropologica trasformazionale' di Sergio Piro, in località Frullone a Napoli (Mele, Piro, 1995 ), attraverso la quale mi accostavo alla psicologia e al contatto con le psicopatologie.

Sono venuto così anche in contatto con il trauma reale in varie forme già da allora, in ospedale, e ho continuato a maturare tale esperienza, sia attraverso l'attività di volontariato e sia attraverso l'attività di psicologo-psicoterapeuta presso il Centro Traumatologico Ortopedico di Napoli dove l'Associazione Nemeton Onlus opera per integrare la cura dei traumi fisici con i trami psichici connessi, attraverso i propri specialisti medici, psicologi e psicoterapeuti in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera dei Colli di Napoli. Proprio tale esperienza mi ha offerto l'occasione di considerare il trauma reale relativo a fratture osse o ad interventi chirurgici di protesizzazione (es. anca, ginocchio etc), in una

possibile relazione col trauma psichico, per una prospettiva più ampia di prevenzione e cura del traumatizzato. Va chiarito che sono esclusi dalla nostra indagine gli incidenti stradali relativi ad assunzione di alcool, droghe (Chatenet,1990), comportamenti manifestamente a rischio, come chiariremo meglio di seguito.

Le fratture considerate riguardavano arti e cingoli e hanno richiesto intervento medico ospedaliero, o con ricovero o con solo intervento di pronto soccorso e poi ambulatoriale.

Ovviamente sono molteplici i livelli concettuali con cui è possibile considerare il fenomeno incidente causa dell'evento traumatico fisico, in quanto l'incidente, l'evento negativo, la disgrazia, l'infortunio, ha la caratteristica di essere spiacevole ed involontario, ed è un fenomeno complesso, difficile da studiare. Importante per noi è tenere in considerazione la possibile valenza che può avere anche un incidente con frattura ossea come *"incidente" che apre alla conoscenza di sé, apre cioè ad un incontro che da sempre ci fa paura.*

Ovviamente un qualsiasi incidente, e potremmo aggiungere non necessariamente reale, può ben rappresentare un evento importante per l'economia psichica del soggetto, purché l'evento abbia soggettivamente un impatto emotivamente forte sulla stabilità della persona, anche

tenendo conto della dimensione corporea (pensiamo alle patologie cardiologiche, oncologiche, ematologiche, ecc.), dove la responsabilità soggettiva nella determinazione della patologia (alcolismo, tossicodipendenza, cattiva alimentazione, ecc.) può essere altrettanto evidente. Noi ci occupiamo di un trauma fisico reale, anche perché il vissuto di un incidente esterno che procura un trauma fisico reale ha le caratteristiche della repentinità, della sorpresa, del trasalimento. Così l'“incidente” assume un carattere che Masullo fa consistere nel suo fenomeno del repentino che rompe la naturale continuità dell' esistenza stessa, conferendole caratteristica di irrealtà.

Come dice A. Masullo (1995,p.88) *“Il tempo è l'autoaffettivo senso della frattura irreversibile, il vissuto dell'insanabile discontinuità della vita, e della traumatica irruzione della contingenza”*

Il carattere impulsivo, discontinuo, conferisce al trauma una amplificata portata destabilizzante che inquieta. ...*“l'esistenza è allora il sentire, il patire ad ogni istante (discontinuo) un'irrevocabile perdita che il desiderio cerca inutilmente di recuperare”*.

Perduta l'utilizzabilità dell'utilizzabile, si rivela il mondo: il corpo non può funzionare dopo un incidente e si altera la percezione, cambia completamente il rapporto col mondo e con se stessi. Lo sgomento e

l'angoscia compaiono quando l'utilizzabile, che era presso di noi, perde di colpo la sua utilizzabilità e interrompe la catena dei rimandi, costringendo ad un incontro con sé, che fa paura.

Incidente come occasione di "cambiamento", dove il cambiamento assume caratteristiche di discontinuità ed entrambe, discontinuità e possibilità di cambiamento, sono caratterizzate dall'incertezza, che è tipica delle fasi transienti.

Quindi anche l'occasione dell'incidente traumatico osseo può essere interpretata oltre che come pericolo, come possibilità di cambiamento perché può aprire alla conoscenza più profonda di sé, situando la persona di fronte ad una possibile *angoscia di morte* e può permettere una ulteriore domanda di conoscenza di sé che riteniamo essere fondamentale per una possibilità di cura che vada oltre la guarigione medica dell'evento reale.

Nella cultura orientale non è presente la parola *crisi* che comunque in giapponese viene tradotta con due ideogrammi i quali non fanno riferimento al significato di lacerazione, di rottura, di crepa che sono più tipicamente di significato greco e latino. I due ideogrammi utilizzati per "tradurre" la parola *crisi* in giapponese significano "pericolo" ed "opportunità" che più direttamente richiamano una possibilità connessa

di cambiamento a cui si può essere esposti anche in caso di incidente reale e, nel nostro caso, di incidente stradale. Riteniamo che la condizione di crisi e il cambiamento a cui può essere associata può evolversi positivamente o negativamente per la persona, solo se considerata alla luce di tutta la storia significativa personale vissuta dal soggetto e di come la persona riesce ad attuare una richiesta di aiuto. Il sogno è di aiuto per la ricerca della parte inconsapevole, profonda del trauma psichico, senza la quale riesce incomprensibile poter affrontare una via di cura integrata del trauma che includa aspetti organici e psichici, nell'insieme dei quali si racchiude il segreto del ben essere. Il sogno permette una possibile relazione della realtà pratica con la realtà psichica. Freud (Freud,1899) considerava il sogno la *"via regia all'inconscio"* con il suo grande lavoro clinico riguardante l'interpretazione dei sogni e le libere associazioni, proprio per il contributo che offre, tra l'altro, per disvelare e sciogliere quel grumo inconsapevole che è la parte più inaccessibile e profonda del trauma e che tanto peso ha nell'economia generale dell' individuo. Mi interessa a tale riguardo ricordare Jung (Jung, 1928) per quanto concerne anche gli aspetti manifesti del sogno, quelli che vengono ricordati che, a suo giudizio, sono preziosi perché comunque contengono elementi che permettono, non senza difficoltà, di ritrovare componenti ancestrali archetipiche della vita

spirituale dell'umanità, utili per la costruzione del senso individuale dello stare al mondo.

Gli approcci più utilizzati nello studio degli incidenti sono quello epidemiologico e quello psicodinamico, nella relazione esistente tra incidente e sentimenti di colpa (Servadio E. 1957, Blos P. 1979), tendenza all'acting out (Tabachnick et al 1973), la fragilità narcisistica (Marcelli D e Ledoux S.,1993), l'onnipotenza (Jeanneret 1983, Chatenet 1990), (Patil,2006), (Pervin-Cervone2009), (Charmet,1994), (Pizza,2009), (Plomin,1997). Trauma (dal greco titroskein: offendere) secondo il nuovo Zingarelli della lingua italiana è una lesione determinata da una causa violenta, anche nel campo psichico. In questa tesi intendiamo assegnare all'incidente traumatico fisico, quindi reale, una collocazione nella teoria del conflitto psichico, così come è stato indagato dalla psicanalisi freudiana e successive, che lo svincoli dall'idea della casualità e della fatalità e lo agganci alla storia dei traumi del soggetto (Ricoeur,1996). Ecco perchè le direzioni che seguiremo, come già detto, saranno dettate da una ricostruzione del ruolo assegnato al concetto di trauma nel pensiero freudiano, psicodinamico successivo a Freud e nel pensiero fenomenologico, da cui risulti una posizione di crocevia occupato dall'incidente fisico nella vita, punto di rivelazione di traumi pregressi

rimossi (Garland,1991), luogo in cui il soggetto cerca nel reale quello scontro relazionale che non è stato capace di simbolizzare (Carbone,2003), punto di partenza di una sindrome post traumatica da stress che altro non è che una nevrosi di guerra in tempo di pace (S. Finzi,1989), spunto per l'espressione di una nevrosi d'angoscia che emerge quando il soggetto rimane solo con sé stesso in pericolo di vita (Ricci,2008), (Taggi,1999).

Ulteriori risultati statistici chimico-clinici-diagnostici relativi alle ricadute dell'attività di cura integrata sulla condizione dei pazienti in riabilitazione saranno resi disponibili con pubblicazione a parte appena disponibili. Abbiamo cercato di raccogliere i racconti, la narrazione, le storie dei pazienti e dei loro vissuti, con la valutazione di benessere personale, vissuti e testimonianze espressi in prima persona dai pazienti stessi e tali da far riconoscere aspetti "resilienti" di interesse bioetico connessi all'attività psicoterapeutica riabilitativa integrata. Discutere una visione più ampia del senso dell'incidente fisico nella vita delle persone e della possibilità di una prevenzione basata non solo su informazione, moniti e proibizioni, ma sul dialogo e sull'accoglienza del disagio, che tenga conto anche del punto di vista psicodinamico: l'incidente di uno diventa per la persona incidentata occasione di migliore conoscenza di sé e per gli amici

possibilità di condivisione dell'uguale (Ryb,2006). Un importante contributo a queste tematiche si trova nel libro del 2003 di Paola Carbone *"Le ali di Icaro. Rischio e incidenti in adolescenza."* Saggi Bollati Boringhieri e in *"Comprendere il trauma. Un approccio psicoanalitico"* a cura di C. Garland del 2001, Bruno Mondadori editore. Nella esperienza pluriennale con questo tipo di pazienti, ho assistito negli anni ad un recupero più rapido e "pieno" nei pazienti che permettevano di realizzare un collegamento tra l'incidente, che veniva in tal modo sottratto alla casualità e al fato, e la propria storia personale e al proprio modo di porsi. Ho potuto così presenziare negli anni al colloquio clinico del medico col paziente a partire da quando ero volontario, studente, poi psicologo, psicoterapeuta. E proprio il colloquio medico-paziente (Balint,1973) è spesso l'unica possibilità che il medico ha come preziosa occasione di integrazione della consapevolezza del vissuto del paziente nel breve incontro di una visita, quando l'incontro è stato condotto operando una traduzione del racconto del paziente in una narrazione che introducesse, attraverso le stesse parole del paziente, uno spostamento dal piano fisico a quello del vissuto psichico (Servadio,2003), relazionale, emotivo: e così sin dal primo momento la cura procede tenendo conto di tutti i livelli "ammalati" del paziente in modo che possa spostare il *locus of control* dall'esterno (sfortuna, colpa dell'altro, fato) all'interno (Bloss,1998),



(Barbone,1998): l'assunzione della propria parte di responsabilità nella dinamica dell'incidente riavvia anche la naturale tendenza dell'individuo sano alla migliore guarigione del trauma fisico. L'impressione che si è avuta è che i tipi di incidente traumatico di cui ci siamo occupati sono indipendenti dal tipo di personalità del soggetto ma più afferenti alla sua capacità metacognitiva (Medina,2010) di accorgersi di sé e dell'altro, delle proprie e delle altrui emozioni e condizioni di pensiero (Schettini,2009), (Semerari,2003). A tale riguardo è in atto una valutazione scientifica psicodiagnostica degli stili di personalità(Bergomi,2007), (Cloninger,1993), (Eysenck,1967) coinvolti negli incidenti con traumi (Bettaccioli,2009). Va segnalato il ruolo importante per i pazienti e per gli operatori sanitari che possono svolgere i "pensieri positivi" (Burke,1985), (Verri,2001) orientati all'armonia e alla bellezza specialmente nei momenti critici della riabilitazione. Resta cruciale il ruolo che il trauma assume quando la tecnologia permette sempre più all'umano di trasformare se stesso e la natura che lo circonda, di essere oggetto e soggetto della trasformazione possibile (Giannini,2009) e lo situa all'interno di un movimento continuo e inarrestabile, dinamico e connaturato con la vita stessa, dove riesce altrettanto inarrestabile la ricerca del senso e del modo per esserci, per abitare ed abitarsi nei luoghi della vita. (Hawking,2012), (Lissa,2011), (Marchesini,2011).

Capitolo 1.

## II TRAUMA NELL'OPERA DI FREUD

### 1.1 NOZIONI DI ORIENTAMENTO

Possiamo dire che i concetti di trauma e di rimozione del trauma sono alla base della teoria psicanalitica di Freud. Il trauma compare nell'opera freudiana per la prima volta negli Studi sull'isteria: Freud ritiene che i ricordi emersi sotto ipnosi nell'esperienza condotta sulle pazienti isteriche con Charcot prima e poi con Breuer, e in un secondo tempo con il metodo delle libere associazioni, facciano riferimento a traumi di natura sessuale realmente vissuti dal soggetto. L'evento traumatico è per Freud *sempre* di natura sessuale, perché l'eccitazione sessuale, per la sua natura di anticipo rispetto alla "maturazione" dell'lo risulta sempre eccedente per le capacità di comprensione (rappresentazione, simbolizzazione). È questa eccedenza che per Freud, *sin dall'inizio*, rappresenta il trauma. Secondo il modello ideogenetico, proprio del paradigma ottocentesco delle psiconevrosi, un evento non produrrebbe un trauma direttamente, ma tramite un ricordo divenuto patogeno perché incompatibile con i contenuti della coscienza. Dopo il 21 settembre 1897, quando Freud nella

sua lettera a Fliess supera la teoria della seduzione e fa riferimento a fantasie di desiderio, come sottolinea C. Genovese (Genovese,2006) l'accento si sposta dalla natura dell'evento agli equilibri dell'organizzazione psichica, sollevando un problema di tipo economico - psichico.

Emerge con forza il vissuto del soggetto, inconsapevole e consapevole, dipendente dal sistema percezione coscienza (P-C), e comunque legato all'ereditarietà e alla sua capacità di giudizio, di accoglienza del nuovo e di integrazione(Jonah,2001), (Jucovy,1992) . Gli psicanalisti delle relazioni oggettuali dalla Klein, a Bion e Winnicott attribuiranno alla qualità del rapporto con la madre (o caregiver sostituto) la capacità di resistenza alle situazioni traumatiche, di trasformare gli elementi negativi esterni in elementi positivi e non minacciosi. Il tutto si iscrive in un'economia psichica: l'apparato psichico quando non riesce ad integrare nella sua organizzazione un evento, o anche un evento fantasticato, opera una rimozione che richiede una spesa energetica. Ma richiederebbe per il soggetto molta più energia iniziale accogliere ciò che Es, Io e Super-Io ritengono minaccioso per loro, ognuno con le relative esigenze.

L'Es nella sua ricerca del piacere che si contrappone al ritorno alla morte da parte della materia, l'Io come cavaliere mediatore tra le istanze dell'Es

e del Super Io ed il Super Io come ispiratore di quell'ideale dell'Io che non si vorrebbe mai sconfessare.

Il trauma ricompare nell'opera di Freud molti anni dopo, quando in seguito alla prima guerra mondiale compaiono le cosiddette nevrosi di guerra, *"nevrosi traumatiche, che, com'è noto, si presentano anche in tempo di pace in seguito a esperienze spaventose o a gravi incidenti."*(Freud,1919,p.73). La questione teorica del trauma fece un'ultima apparizione estesa ed organica solo nell'ultimo dei tre saggi *L'uomo Mosè e la religione monoteistica* (Freud,1934-38) terminato a Londra dopo l'esilio di Freud per l'invasione tedesca dell'Austria, quando la guerra e le sue devastazioni spingevano a rivalutare il ruolo delle circostanze esterne. L'immagine dell' "incidente" reale che coinvolge il corpo, come qualunque evento esterno che repentinamente induca una interruzione del tempo vissuto apportando un danno sia fisico che solamente psichico (Masullo,1995), può riuscire come carrefour in cui converge il trauma pregresso non più contenibile, come espressione di un conflitto intrapsichico non più gestibile, da cui può partire una nuova sintomatologia con valenza economica diversa, soprattutto se lo interpretiamo come urlo di aiuto di un rimosso che vuole emergere.

Seguono alcuni passaggi freudiani ritenuti preziosi e fondamentali per comprensione del trauma reale e del trauma psichico.

## 1.2 Passaggi chiave sul concetto di trauma in Freud

Di seguito riportiamo alcuni dei passaggi chiave sul concetto di trauma nell'opera freudiana relativi al fenomeno della conversione isterica, in cui il trauma psichico rimosso trova la sua espressione nel sintomo corporeo. Considereremo il trauma esterno che espone al rischio di morte e la sua relazione con la nevrosi d'angoscia e il trauma nella sua relazione con percezione e coscienza;

Inoltre faremo riferimento alle possibili relazioni tra le variazioni delle condizioni del corpo e la struttura dell'Io del soggetto.

### 1.2.1. Studi sull'isteria (1892-95)

Freud, nei suoi studi con Breuer sull'isteria e grazie alla grande esperienza maturata con Charcot, evidenzia come il fenomeno patologico non supportato da alterazioni organiche ma solo funzionali, abbia una connessione simbolica con il fatto scatenante. Dice Freud *“Può agire come trauma qualsiasi esperienza provochi gli affetti penosi del terrore, dell'angoscia, della vergogna, del dolore psichico, e dipende ovviamente*

dalla sensibilità della persona colpita ... se l'esperienza stessa agisce come trauma. Non di rado in luogo di un grosso trauma si trovano nella comune isteria più traumi parziali, più fatti raggruppati, che soltanto sommandosi hanno potuto esercitare l'azione traumatica e che sono tra loro connessi in quanto parte elementi di una vicenda dolorosa. In altri casi ... circostanze di per sé apparentemente banali. ... Il trauma psichico, o meglio il ricordo del trauma, agisce al modo di un corpo estraneo ... agente attualmente, efficiente anche molto tempo dopo la sua intrusione ...".(Freud,1892-95,p.177-78). E più avanti Freud sottolinea come i sintomi isterici spariscono definitivamente solo quando "... si era riusciti a ridestare con piena chiarezza il ricordo dell'evento determinante, risvegliando insieme anche l'affetto che l'aveva accompagnato ... L'isterico soffrirebbe per lo più di reminiscenze."(ibidem,p.178). Siamo ancora all'epoca della cura dell'isteria con l'ipnosi, ma Freud sottolinea l'importanza della soggettività, che rende il trauma significativo per una persona e non per un'altra, e la necessità della riunione di emozione e rappresentazione dell'episodio traumatico perché ci possa essere la risoluzione del sintomo; queste considerazioni preludono alla nascita del concetto di rimozione e successivamente alla formulazione della teoria della terapia con la tecnica delle libere associazioni che permettono l'abreazione. Nel caso di Lucy R. Freud dice: *"Il momento veramente*

*traumatico quindi è quello nel quale la contraddizione si impone all'lo e l'lo stesso decreta il bando alla rappresentazione contraddicente. Con tale bando quella rappresentazione non viene però annullata, ma soltanto sospinta nell'inconscio; quando questo processo si presenta per la prima volta, si forma con ciò un nucleo e centro di cristallizzazione per la formazione di un gruppo psichico distinto dall'lo ... Di fatto accade una cosa diversa da quella che l'lo si propone; egli vorrebbe eliminare una rappresentazione come se non si fosse mai prodotta, ma riesce soltanto ad isolarla psichicamente”(p.278). E, cosa più importante, l'emozione ad essa correlata continua ad agire e richiede una spesa energetica all'apparato psichico. In maniera contraria alla conversione isterica che rappresenta il ricordo mimetizzato dell'evento traumatico senza che ci sia un reale danno fisico e senza che ci sia una frattura dell'lo, l'incidente stradale crea un danno fisico vero espressione di una lacerazione, di uno squarcio nella struttura dell'lo che per un periodo abdica alla sua funzione di mediatore tra Es e Super lo nella realtà, per poi ridisegnarsi un nuovo ruolo che comunque deve tener conto dell'incidente.*

### 1.2.2. Meccanismo psichico dei fenomeni isterici (1893)

I sintomi corporei isterici possono comparire o dopo un evento reale, o anche senza alcun evidente trauma esterno. *“ C’è un’analogia completa fra la paralisi traumatica e l’isteria comune, non traumatica. L’unica differenza è che in un caso ha operato un grave trauma, mentre nell’altro raramente si può riscontrare l’azione di un singolo avvenimento grave: piuttosto una serie di impressioni affettive, un’ intera storia di sofferenze.... nessuno infatti oggi mette più in dubbio che anche nel grave trauma meccanico dell’isteria traumatica non è il fattore meccanico a produrre quell’effetto, ma l’affetto di paura, il trauma psichico.”* (Freud,1893,p.92) Questo passaggio potrebbe contribuire a spiegare perché alcuni pazienti vanno incontro a complicanze (decalcificazione, ritardo di consolidazione delle fratture), mentre altri guariscono in tempi normali. Anche in questi casi non è il fattore meccanico a fare la differenza, ma il vissuto del soggetto che va in risonanza con l’affetto di traumi pregressi o rimossi o isolati: molti dei casi da noi osservati miglioravano la condizione clinica, quando il ricordo affiorava alla mente del paziente che dava libero sfogo anche all’affetto ricollegandolo al ricordo. Soggetti in apparente stato di equilibrio possono nascondere



molteplici situazioni conflittuali che emergono proprio in relazione ad un trauma reale che coinvolga il corpo. Ed a proposito dell'interrelazione tra corpo e psiche : " *Molti malati ricorrono a simbolizzazioni ... nel caso delle cosiddette nevralgie e di dolori. E' come se volessero esprimere la situazione psichica attraverso una situazione somatica, e le espressioni linguistiche forniscono il ponte che permette l'effettuarsi di questa metamorfosi* "(p.95). Nell'esperienza con pazienti traumatizzati per incidente stradale che abbia procurato danno all'apparato locomotore, questa traduzione di dolori e conflitti psichici in limitazione funzionale, in molti casi espressa verbalmente in maniera significativa ( non posso più camminare, mi è letteralmente scoppiata la tibia, ho perso gusto e olfatto, non posso più abbracciare,...), è particolarmente evidente ad un attento esperto in tali dinamiche, che può restituire un nuovo orizzonte di senso, generalmente trascurato e di nuovo rimosso ed attribuito alla fatalità ed al caso dalla maggioranza degli operatori.

1.2.3. A proposito di una critica della “ nevrosi d’angoscia”  
(1895) “ *Se nell’etiologia di tutti i casi di nevrosi d’angoscia, o nella maggior parte di essi, è sempre dimostrabile una stessa causa specifica, non è il caso di lasciarci sconcertare dal fatto che la comparsa della malattia non abbia luogo che dopo la concorrenza di questo o di quest’altro fattore banale qual è un’emozione.*”(Freud,1895,p.181).

Quanto a “banale”, forse non è indifferente che qui Freud fa riferimento all’emozione, non all’evento, e l’emozione nel discorso di Freud era un “fattore banale” per la comunità medica, non per il soggetto. La maggior parte degli incidenti vengono descritti da chi è coinvolto come stupido o banale, come se nelle pieghe del tempo, sull’onda di una distrazione, potesse “sfiatare” quell’energia compressa, necessaria alla rimozione, e condurre con sé quei contenuti che anziché nel sogno o in un lapsus si rivelano in una lesione corporea con linguaggio simbolico.

#### 1.2.4. L'ereditarietà e l'etiologia delle nevrosi (1896)

In questo scritto Freud sottolinea l'importanza dell'eredità, come fattori costituzionali, che in alcuni soggetti rendono un'esperienza traumatica ed in altri no. Inoltre è riconosciuto *“ l'episodio, di cui il soggetto ha conservato il ricordo inconscio, è un'esperienza precoce di rapporti sessuali con effettiva irritazione degli organi genitali, come conseguenza di un'aggressione sessuale effettuata da un'altra persona.”* (Freud,1896,p.297). In questa prima fase, quindi, Freud ritiene che il ricordo traumatico emerso con il nuovo metodo della psicanalisi sia il ricordo di un episodio realmente accaduto.

### 1.2.5. Psicopatologia della vita quotidiana (1901)

In questo scritto Freud teorizza e dimostra la non casualità di fenomeni come errori, sbadataggini, dimenticanze di impressioni o di propositi, atti mancati cui si può associare la non casualità dell'incidente traumatico per il corpo, dove possono essere comparsi errori di valutazione delle distanze, delle intenzioni altrui o delle proprie, sbadataggini, dimenticanza del proposito di non correre o fare sorpassi azzardati. Si deve supporre che *“ esista l'autoannientamento semiintenzionale, (con intenzione inconscia) che sa abilmente sfruttare una minaccia alla vita mascherandosi come incidente casuale. [...] La tendenza all'autoannientamento esiste infatti con una certa intensità in un numero di persone molto maggiore di quelle in cui si realizza; le autolesioni di solito sono compromessi tra questa pulsione e le forze che ancora le si oppongono, e anche laddove veramente si finisce coll'uccidersi, l'inclinazione al suicidio preesisteva da molto tempo con intensità minore oppure come tendenza inconscia e repressa.”*(Freud,1901,p.212). E siamo convinti che anche oggi si eviterebbero molti traumi fisici se si facesse come *“L'antico romano che rinunciava a un'impresa importante ... perché era incespicato nella soglia di casa sua, ... , era un conoscitore migliore*

*dell'animo di quel che noi ci sforziamo di essere. Giacché questo incespicare doveva provargli l'esistenza di un dubbio, di una controcorrente nel suo intimo, la cui forza poteva nel momento dell'esecuzione sottrarre energia alla sua intenzione.”(p.280)* Un mezzo di locomozione si prende quando ci si dirige da qualche parte per fare qualche cosa o incontrare qualcuno e “ *Si è infatti certi del completo successo soltanto quando tutte le forze dell'animo tendono unite alla meta desiderata”(p.280)* ; in presenza di sentimenti conflittuali aumenta sicuramente il rischio di farsi male.

### 1.2.6. Cinque conferenze sulla psicanalisi (1909)

Nella seconda conferenza troviamo una metafora molto esplicativa del concetto di rimozione. Mentre durante una conferenza parla, Freud prende ad esempio l'uditorio, molto attento, e provocatoriamente mette in scena un disturbatore. *“Io dichiaro che così non posso continuare la conferenza, e allora tra voi si alzano alcuni robusti signori e dopo breve lotta mettono alla porta il disturbatore della quiete. Egli è dunque ‘rimosso’ e io posso continuare la mia conferenza. Ma perché il disturbo non si ripeta, quando l'espulso tenti di penetrare nuovamente nella sala, i signori che hanno eseguito la mia volontà accostano le loro sedie alla porta, disponendosi in tal modo come ‘resistenza’ una volta avvenuta la rimozione”*Freud,1909,p.144). La traduzione dei luoghi in termini di conscio ed inconscio rende molto bene il processo di rimozione. *“Nell'inconscio l'impulso di desiderio rimosso continua ad esistere, spiando il momento buono per la sua riattivazione ed inviando poi alla coscienza, in luogo di ciò che è stato rimosso, una formazione sostitutiva deformata e resa irriconoscibile, alla quale ben presto si allacciano le stesse sensazioni di dispiacere che si credeva di aver evitato attraverso la rimozione: questa formazione sostitutiva dell'idea rimossa – il sintomo – è*

*immune da ulteriori attacchi da parte dell'lo difensivo e al posto del breve conflitto subentra ora una sofferenza che non cessa col passare del tempo.”(145-6). L'ipotesi è che anche il sintomo possa essere, ad un certo punto, insufficiente nell'economia dell'apparato psichico ed abbia necessità di altra trasformazione per ulteriormente celare, o dare una possibilità di emergenza, al rimosso.*

### 1.2.7. Introduzione alla psicanalisi (1915-17)

In questo testo troviamo lo spunto per una duplice considerazione sulle valenze soggettive intrapsichiche che un trauma fisico, esemplificabile nel nostro caso in un trauma della strada, può assumere: da una parte può essere assimilato ad un atto mancato, un lapsus, cioè ad una confessione *“la tendenza respinta si traduce ... contro la sua volontà o modificando l’espressione dell’intenzione con cui egli consente, o combinandosi con essa, o prendendone addirittura il posto”*(Freud,1915-17,p.245), o ad una dimenticanza di propositi, espressione di una contro volontà (ad esempio la persona che si costringe ad andare ad una festa dove non arriverà mai a causa dell’incidente!); dall’altra come evento scatenante traumatico che analogamente al trauma sessuale crei un’*“esperienza che nei limiti di un breve lasso di tempo apporta alla vita psichica un incremento di stimoli talmente forte che la sua liquidazione o elaborazione nel modo usuale non riesce, donde è giocoforza che ne discendano disturbi permanenti nell’economia energetica della psiche”*. (p.437). Di qui il parallelo che *“la nevrosi sarebbe da paragonarsi ad una malattia traumatica ed insorgerebbe per l’incapacità di risolvere un’esperienza che ha una tonalità affettiva eccessiva”*(p.437).



### 1.2.8. Psicoanalisi delle nevrosi di guerra (1919)

In questo scritto Freud rende conto della valenza economica che assume la nevrosi per la salvezza dell'io, quando questo si sente minacciato dall'esterno, come in situazione di grave pericolo, o dall'interno quando per esigenze esterne si chiede ad un altro io che compia azioni contrarie alle sue motivazioni. Dice Freud: *“Nelle nevrosi traumatiche e di guerra l'io dell'uomo si difende da un pericolo che lo minaccia dall'esterno ... nelle nevrosi di traslazione del tempo di pace l'io considera la propria libido come un nemico le cui pretese gli appaiono minacciose. In entrambi i casi l'io si sente danneggiato, qui dalla libido, là da forze esterne. Anzi si potrebbe dire che nelle nevrosi di guerra ... ciò che si teme è a ben vedere un nemico interno”*(p.74). Anche nelle storie narrate da alcuni dei nostri incidentati troviamo “io” che si combattono e trovano nell'incidente la via di fuga: decisioni invise al vecchio io, che richiedono un movimento sgradito, vengono boicottate con un blocco apparentemente involontario espressione di una “controvolutà”.

### 1.2.9. Al di là del principio di piacere (1920)

Dice Freud che la corteccia cerebrale ha uno scudo protettivo dall'eccesso di informazioni che arrivano dall'esterno: è addirittura più importante questa capacità di filtro, che permette un buon funzionamento psichico con capacità di coscienza, che la capacità percettiva sensoriale. Le percezioni interne vengono tradotte in termini di piacere – dispiacere e quelle che provocano dispiacere generalmente proiettate all'esterno. Nella Nota sul "notes magico" (Freud, 1924) Freud scriverà che la coscienza si contrappone alla memoria: mentre la memoria produce tracce permanenti nel sistema nervoso centrale, la coscienza non lascia traccia, funziona in modalità on – off. Il foglio di celluloido del notes magico, aggeggio che si diffuse durante la guerra per prendere appunti e cancellarli, ma non completamente, è una metafora del funzionamento dell'apparato psichico; la tavoletta di cera è la metafora dell'inconscio. Parte della corteccia muore per attenuare la durezza degli stimoli.

*“Chiamiamo traumatici quegli eccitamenti che provengono dall'esterno e sono abbastanza forti da spezzare lo scudo protettivo. Penso che il concetto di trauma implichi quest'idea di una breccia inferta nella barriera protettiva che di norma respinge efficacemente gli stimoli dannosi: un*

*evento come il trauma esterno provocherà certamente un enorme disturbo nell'economia energetica dell'organismo, e mobiliterà tutti i possibili mezzi di difesa" (Freud,1920,p.215). Il nostro rapporto con il reale è fatto di continui rimandi al già noto per esperienza, conscio o inconscio che sia. Nei confronti della nostra morte invece, dice Freud, siamo completamente scoperti: sappiamo di dover morire un giorno, ma tale evento è inimmaginabile. Una condizione che ci ponga tra la vita e la morte, come anche il momento della nascita, determina uno spavento che, per rapidità di accadimento e situazione ignota, non possiede le parole per palesarsi, ma solo la ripresentazione, la coazione a ripetere, anche nei sogni, di un momento sempre presente. Dice Freud: "In seguito a gravi scosse meccaniche, scontri ferroviari e altri incidenti che implicano pericolo mortale si può verificare una ... nevrosi traumatica il cui quadro clinico si avvicina a quello dell'isteria, ma in più ha segni spiccati di una sofferenza soggettiva che ricorda l'ipocondria o la melanconia" Aggiunge che la sorpresa e lo spavento, senza che ci siano ferite o lacerazioni sono fattori determinanti l'instaurarsi di una nevrosi. "I termini spavento, paura e angoscia sono usati a torto come sinonimi; in realtà corrispondono a tre diversi atteggiamenti di fronte al pericolo. L'angoscia indica un a certa situazione che può essere definita di attesa del pericolo e di preparazione allo stesso, che può anche essere sconosciuto. La paura*

*richiede un determinato oggetto di cui si ha timore; lo spavento designa invece lo stato di che si trova di fronte ad un pericolo senza esservi preparato, e sottolinea l'elemento della sorpresa. ... nell'angoscia c'è qualcosa che protegge dallo spavento e quindi anche dalla nevrosi da spavento.”(198-9).* Attualmente la nevrosi di guerra, descritta da Freud, la cui osservazione lo indusse ad andare oltre il principio del piacere (Freud,1920) è ripresa da Sergio Finzi (Finzi,1989) che in “Nevrosi di guerra in tempo di pace” sostiene che nei tempi moderni i prigionieri di guerra sono sostituiti dai reduci di gravi catastrofi, o incidenti stradali, ferroviari, aerei. Nel trauma la coscienza è sempre presente, diventa permanente.

Nel trauma il sentimento che emerge è lo spavento che ha una connotazione temporale immediata di qualcosa di ignoto. Lo spavento non si può raccontare, e per provare l'angoscia, che rende conosciuto l'ignoto, il soggetto ha la via del sogno traumatico.

### 1.2.10. L'Io e l'Es (1922)

Il controllo motorio per evitare incidenti è fondamentale. Dice Freud:

*“L'importanza funzionale dell'Io è testimoniata dal fatto che normalmente gli è attribuito il controllo delle vie d'accesso alla motilità. L'Io può quindi esser paragonato, nel suo rapporto con l'Es al cavaliere che deve domare la prepotente forza del cavallo, con la differenza che il cavaliere cerca di farlo con mezzi propri, mentre l'Io lo fa con mezzi presi a prestito. Si può proseguire nell'analogia. Come il cavaliere, se non vuole essere disarcionato dal suo cavallo, è costretto spesso ad ubbidirgli e a portarlo dove vuole, così anche l'Io ha l'abitudine di trasformare in azione la volontà dell'Es come se si trattasse della volontà propria. ... Il corpo, e soprattutto la sua superficie, è un luogo dove possono generarsi contemporaneamente percezioni esterne e interne. E' veduto come qualsiasi altro oggetto, ma alla palpazione dà luogo a due specie di sensazioni, una delle quali può essere equiparata a una percezione interna. E' stata illustrata a fondo dalla psicofisiologia la maniera in cui, dal mondo delle percezioni emerge la percezione del proprio corpo. Anche il dolore [fisico] sembra svolgervi una certa funzione, e il modo in cui in determinate malattie dolorose si ricava una nuova conoscenza relativa ai*

*propri organi è forse paradigmatico per il modo in cui si perviene in generale alla rappresentazione del proprio corpo. L'io è anzitutto un'entità corporea, non è soltanto un'entità superficiale, ma anche la proiezione di una superficie"*(Freud,1922,p.488). Da questo si potrebbe forse ipotizzare che una frattura nel corpo potrebbe tradursi in una frattura dell'io o che una frattura corporea è preceduta da una frattura dell'io, che perde il controllo delle vie d'accesso alla motilità. Quindi, terza possibilità interpretativa dell'incidente, è quella dell'acting – out, del manifestarsi dell'inconscio in un momento in cui l'io cosciente è "distratto" perché assorbito dalla visione e dall'ascolto del dialogo interno fra le istanze di Es, Io e Super Io che non riescono a fare la scelta economicamente più conveniente. La frattura si pone così come nuova frontiera del trauma rimosso o come possibilità di svelamento all'altro.

Sempre ne L'io e l'Es Freud esamina la modalità di formazione del carattere dell'io, che diventa illuminante per quelle situazioni di autolesione inconscia che si manifestano nell'incidente. Leggiamo: *"... nella primitiva fase orale dell'individuo, investimento oggettuale e identificazione non sono distinguibili l'uno dall'altra ... gli investimenti oggettuali provengono dall'Es, il quale avverte gli impulsi erotici come bisogni. L'io, inizialmente ancora piuttosto debole, prende cognizione*

*degli investimenti oggettuali, li tollera, oppure cerca di respingerli mediante il processo della rimozione. Nel caso in cui si debba rinunciare a questo oggetto sessuale, compare con una certa frequenza un'alterazione dell'Io che dobbiamo descrivere come l'erigersi dell'oggetto stesso nell'Io. L'Io attraverso questa ... allevia o facilita la rinuncia all'oggetto. [...] questo tramutarsi di una scelta oggettuale erotica in un'alterazione dell'Io è anche un mezzo con cui l'Io controlla l'Es e può approfondire la sua relazione con esso, sia pure al prezzo di mostrarsi assai arrendevole nei confronti delle esperienze dell'Es stesso. Quando l'Io assume i tratti dell'oggetto si autoimpone per così dire all'Es come oggetto d'amore e cerca di risarcirlo della perdita subita dicendogli: -vedi, puoi amare anche me, che sono così simile all'oggetto-."(p.491-2). Tutto ciò che mette in crisi le identificazioni dell'Io è potenzialmente pericoloso per il corpo considerando anche che "L'angoscia di morte nella melanconia ammette soltanto una spiegazione: l'Io rinuncia a se stesso, giacché, invece che amato, si sente odiato e perseguitato dal Super Io. Vivere equivale dunque per l'Io a essere amato, a essere amato dal Super Io, che anche qui compare in veste di rappresentante dell'Es. Il Super Io svolge la stessa funzione protettiva e salvatrice anticamente svolta dal padre e in seguito dalla Provvidenza o dal destino. Tuttavia l'Io è costretto a giungere alla stessa conclusione quando si trova in un pericolo reale di enormi*

*proporzioni, pericolo che non ritiene di poter superare con i propri mezzi. Si sente abbandonato da ogni forza protettiva e si lascia morire. Si tratta del resto ancora una volta della situazione che ha presieduto al primo grande stato d'angoscia della nascita, nonché a quell'angoscia fatta di nostalgia propria dei bambini: l'angoscia per la separazione dalla madre protettiva.”(p.519-20). L'io tende all'Ideale dell'io costruito in base alle istanze del Super Io ed ogni disconferma che gli viene dall'esterno o anche dall'interno è un trauma che deve essere rimosso. In questa accezione l'incidente può inserirsi in una economia psichica quasi come una rimozione di un pensiero indegno cui ci si sottrae con un passaggio all'atto che ci consegna all'impossibilità di movimento per obbligo, destino, fato e non per una volontà che si opporrebbe ai nostri “valori”.*



### 1.2.11. L'uomo Mosè e la religione monoteistica: tre saggi (1934-38)

Nel terzo saggio Freud a proposito del trauma e delle sue conseguenze dice: *“Chiamiamo traumi quelle impressioni dapprima vissute e successivamente dimenticate, alle quali attribuiamo una grande importanza per l'etiologia delle nevrosi. ... l'esperienza vissuta acquista carattere traumatico in ragione di un fattore quantitativo, ossia che sempre, se l'esperienza provoca reazioni patologiche, la colpa è di una richiesta eccessiva ... in una certa costituzione agisce come trauma qualcosa che in un'altra non avrebbe tale effetto.”* (Freud,1934-38,p.395-6). Freud evidenzia tre punti: 1) tutti questi traumi appartengono all'infanzia e il periodo più importante è quello tra i due e i quattro anni, 2) le esperienze non sono accessibili al ricordo perché coincidono col periodo di amnesia infantile e si confondono con ricordi di copertura, 3) questi ultimi si riferiscono ad offese antiche che l'io ha subito come ferita narcisistica; i bambini non distinguono tra atti sessuali e atti aggressivi. *“I traumi sono esperienze sul proprio corpo, o percezioni sensoriali, soprattutto visive e uditive; sono cioè esperienze o impressioni”*(p.397). Quindi i traumi sono non solo esperienze reali, ma anche immaginate, e l'inizio in due tempi della sessualità nell'uomo rende conto del trauma

della reinterpretazione, all'epoca della pubertà, di fatti spiegati in altro modo nell'infanzia. *“Gli effetti del trauma sono di due tipi, positivi e negativi. I primi sono sforzi di rimettere in vigore il trauma, cioè di ricordare l'esperienza dimenticata, o meglio ancora di renderla reale, di viverne di nuovo una ripetizione, oppure, anche se si trattava solo di una relazione affettiva da lungo tempo trascorsa, di farla rivivere in una relazione analoga con un'altra persona. Questi sforzi vengono catalogati insieme come fissazione al trauma e coazione a ripetere”*(p.398). Questi sforzi, assunti dall'lo possono far parte stabilmente del carattere, e possiamo supporre che esistano caratteristiche di personalità correlate alla coazione a ripetere anche per gli incidenti fisici: laddove l'inconscio non si opporrebbe al ricordo del rimosso che invece è un suo desiderio, l'lo fa resistenza estrema e preferisce la ripetizione nel reale, per l'incapacità di simbolizzare il ricordo. *“Le reazioni negative perseguono lo scopo opposto, cioè che del trauma dimenticato nulla sia ricordato e nulla ripetuto. Possiamo catalogarle insieme come reazioni di difesa. Loro principale espressione sono le cosiddette elusioni, che possono accrescersi fino a diventare inibizioni e fobie. Queste reazioni negative concorrono più di ogni altra cosa alla determinazione del carattere”*(p.398). Anche queste sono fissazioni al trauma, ma con un intento contrastante: nelle formazioni di compromesso partecipano tutt'e due .

## CAPITOLO II

# ALCUNE CONSIDERAZIONI SUL TRAUMA NELLA TEORIA PSICODINAMICA

## 2.1 Concetto di trauma

Come già detto, il trauma nella teoria freudiana compare come fattore etiologico negli Studi sull'isteria, legato alla teoria della seduzione, per la quale il bambino vivrebbe come traumatica un'esperienza sessuale che sopravanza la sua capacità di comprensione: il contenuto rappresentazionale dell'episodio viene rimosso, mentre quello emozionale permane. *“L'isterico soffrirebbe per lo più di reminiscenze”* (Freud,1892-95,p178), nel senso che l'emozione rivive agganciata a nuove rappresentazioni. Già nella lettera a Fliess del 21 settembre 1897 Freud rivede la teoria della seduzione, sottolineando che molto spesso il trauma infantile non è un trauma reale, ma soltanto fantasticato. Con l'avvento delle situazioni traumatiche esterne della prima guerra mondiale e l'insorgenza delle nevrosi di guerra, Freud si pone il problema del trauma reale e di come le situazioni assumono una valenza traumatica a seconda anche della genetica del soggetto, del suo modo di esperire e percepire (Freud,1919). E ancora Freud ritorna a considerare il trauma ne *L'uomo*

*Mosè e la religione monoteistica: tre saggi (1934-38)* in cui traumi esterni portati dall'uomo all'altro uomo, riportano al trauma dell'origine e della fine. Da tempo ci interroghiamo circa la natura patogena dell'esperienza esterna ovvero del significato dell'evento esterno traumatico rispetto al trauma interno psichico, per una possibile cura e molti sono gli autori e i contributi che aiutano a comprendere l'impatto dell'evento traumatico sulla mente umana. Freud che per rispondere alla stessa domanda ha fornito un contributo eccellente individuando, tra l'altro, cinque forme di angoscia primaria ritenute universali e potenzialmente traumatiche per gli esseri umani. Angoscia di nascita, castrazione, perdita dell'oggetto amato, perdita dell'amore dell'oggetto e angoscia di annichilimento. Tutte caratterizzate dal porre l'individuo in prossimità del riconoscimento psichico della morte. A proposito dell'atteggiamento inconscio nei confronti della morte Freud dice che *“per il nostro inconscio vi è un caso in cui i due opposti atteggiamenti verso la morte, quello per cui la morte viene riconosciuta come annullamento della vita e quello che la rinnega come irreale, si scontrano e vengono a contrasto ... il pericolo di morte di un nostro caro ... da un lato un nostro intimo possesso, un elemento del nostro proprio io , ma dall'altro lato sono anche degli estranei, o addirittura dei nemici”* (Freud,1915,p.146).

Freud distinse una angoscia automatica relativa ad una circostanza pericolosa reale, e il segnale di angoscia relativo ad un possibile pericolo (Freud,1925).

Quando accade un evento che sovrasta la capacità dell'individuo di tenersi in funzionale equilibrio, il normale funzionamento viene compromesso e il disorientamento "dis-trazione" che in parte è visibile, colpisce svariatamente il profondo e il suo mondo inconscio.

Un evento traumatico avvertito come assolutamente non gestibile attiva una difesa assoluta, estrema, rompe il filtro discriminatorio e va oltre il tamponamento momentaneo del danno, è il crollo del consolidato e gli antichi fantasmi così prendono possesso di tutta la realtà e segnano la cattiva sorte, confermando angosce universali, creando così un danno più significativo e profondo di quello che appare. Situazioni di trauma reale si sommano a situazioni di trauma psichico in una spirale complessa e perversa, che non è facile spezzare, in cui entrambi possono giocare un ruolo decisivo nell'economia del paziente ed è anche difficile stabilire quando l'economia psichica in termini di funzionamento, è completamente indipendente dagli eventi/evento.

A tale riguardo riportiamo parte di un lavoro di C. Genovese (2006,p.84)

*"... l'evento materiale di per sé non è necessario, ma soprattutto che,*

*qualora esso si sia veramente verificato in tutta la sua rilevanza, verrà comunque, per dirla con André Green 2000, “cannibalizzato dal fantasma” e sarà quindi subordinato ad esso. La conclusione, paradossale ma straordinariamente efficace sia sul piano teorico sia per dar conto della possibilità stessa del lavoro trasformativo in analisi, è che non è il trauma a creare il fantasma, bensì quest’ultimo a creare il primo, in buona parte dei casi, attraverso un’elaborazione posteriore del fatto, o meglio ancora, del ricordo più o meno deformato, del fatto”.* A quanto appena riportato va sottolineato che nella nostra esperienza generale e di pratica terapeutica riconosciamo preziosa anche la parte manifesta dell’ evento traumatico, un elemento non secondario nella cura del paziente in quanto, tra l’altro, può offrire un aggancio con traumi infantili metabolizzabili anche attraverso una narrazione con un nuovo lessico.

Mi preme precisare che qualsiasi teoria presa a riferimento per gli aspetti interpretativi sarà sempre secondaria rispetto alla capacità umana e scientifica dello psicopatologo o medico specialista, in quanto ritengo che un cattivo clinico resti invariante per metodologia e teoria, mentre un ottimo clinico non sarà mai schiavo della teoria e nelle sue mani anche una teoria difettosa migliorerebbe. (Ashby, 1956)

La scuola TSC (Tavistock Studies Center) di Londra, principalmente

orientata teoricamente dal lavoro di Freud, Klein e Bion sul trauma, ritiene che si possa curare l'impatto degli eventi traumatici sulla mente umana solo cercando di conoscere il significato profondo di quegli eventi specifici per quella persona.

Bion (1962) riporta che il bambino interpreta la fame, l'assenza di nutrimento, come presenza di un oggetto che lo attacca.

M. Klein (1940) sostiene che un evento traumatico costituisce una conferma delle fantasie più persecutorie rispetto ai propri oggetti e che può manifestarsi un deterioramento progressivo della personalità, se non riesce ad essere elaborata la perdita dell'oggetto buono attorno a cui si è organizzato l'io all'inizio della vita. Il trauma esterno induce una sfiducia nelle capacità protettive dei propri oggetti interni buoni e un aumento di malignità e cattiveria di quelli cattivi.

*“Non sorprende il fatto che i rapporti oggettuali interni che attribuiscono il senso e il significato più immediati all'evento traumatico saranno quelli che lo rispecchiano sia in termini strutturali che di associazioni... Il fumo che soffoca qualcuno a morte richiama la perdita di un fratellino che annaspa per respirare a causa della distrofia muscolare”.*(Garland,1998, p.12)

Cercare di dare senso e significato dopo il dis-ordine creato dal trauma

fornisce un significato inquietante al presente che è tanto più complesso e difficile da curare quanto più inconsapevoli ed inesplicabili sono le connessioni con l'origine, col passato, con i fantasmi primitivi.

Gli incidenti stradali sono una delle possibili forme di trauma reale di cui le persone possono essere oggetto nel corso della loro vita.

La personalità può essere considerata anche in relazione al grado di organizzazione intorno ai rimossi del soggetto e alla relativa linearità temporale dell'io, che subisce un attentato da parte dell'evento traumatico che irrompe e lo lascia solo presso di sé.

La cura del paziente traumatizzato non può prescindere dalla comprensione del trauma anche rispetto alle conquiste delle teorie psicanalitiche, come non può prescindere dal contributo che il corpo può offrire non fosse altro che *“ Il corpo, e soprattutto la sua superficie, è un luogo dove possono generarsi contemporaneamente percezioni esterne e interne. ... L'io è anzitutto un'entità corporea, non è soltanto un'entità superficiale, ma anche la proiezione di una superficie”(Freud,1922,p.488)*

A nostro parere il trauma reale fornisce elementi di aiuto e non di ostacolo alla comprensione del trauma più generale del paziente, ovvero la parte manifesta del trauma può aiutare la comprensione profonda del trauma, anziché distrarre da essa. Caroline Garland tratta l'approccio del Tavistock



Center nella cura del trauma con un modello teorico psicanalitico, che risente sia del lavoro di Freud che di Klein e di Bion e dove *“nella visione psicanalitica è centrale il fatto che l’essere coinvolti in un evento traumatico grave risveglia immancabilmente le sofferenze e i conflitti irrisolti dell’infanzia”* (Garland,1998,p.4).

Ai fini terapeutici occorre favorire il ricordo piuttosto che continuare con le rimozioni, come è dimostrato da alcuni studi sui sopravvissuti dell’Olocausto e dei loro discendenti (Jucovi 1992, Wardi 1992).

*“ ... Le aree di devastazione genitoriale nascoste o negate diventano un peso che graverà a livello inconscio, sui figli e perfino sui nipoti ...”*  
(Garland, 1998,p.4)

Interessanti, a tale riguardo, vengono le conferme, da parte dell’esperienza clinica e di studio sulle patologie relazionali del “non detto” trans generazionale di matrice sistemica relazionale familiare (Vittorio Cigoli, Maurizio Andolfi, Mara Selvini Palazzoli ...)

*“Ci serviamo di un approccio psicoanalitico per comprendere e curare il trauma, perché esso si rivolge in modo diretto a ciò che è avvertito come maggiormente disturbante ... il trauma tocca e sconvolge il cuore dell’identità ... perché gli individui traumatizzati possano stare meglio, può essere necessario che la conoscenza e il ricordo degli eventi sofferti*

*divengano parte integrante dell' esistenza conscia attraverso l' elaborazione, invece di essere murati in qualche area remota dell' attività mentale"* (Garland,1998,p.5), e se sconvolge il cuore dell'identità di chi lo subisce, interferisce anche con le identificazioni di chi da lui discende, mantenendo traumi e angosce in via trans generazionale. Per non trattare l' evento traumatico con superficialità come incidente, sfortuna o una fatalità bisogna cercare di conoscere il significato che l' evento traumatico assume per l'individuo, significato che si situa all'interno dell'orizzonte specifico tracciato dalla grammatica del senso della persona e che dà per scontata la distinzione tra evento traumatico e trauma psichico.

Senso inteso come orizzonte in cui prende forma il significato, senso che definisce anche il campo in cui si situa la cura e dove la possibilità della cura si realizza nel coglierne l'eidos (essenza) e dove il trauma reale diventa il "significante".

## 2.2 Sogno e cura

Il sogno è di aiuto per la ricerca della parte inconsapevole, profonda del trauma, senza la quale riesce incomprensibile situarne la cura.

Il sogno permette di meglio relazionare la parte reale, l'evento esterno con i fantasmi inconsci, la realtà pratica con la realtà psichica.

Per Freud *“Il sogno è la via regia che porta alla conoscenza dell’inconscio nella vita psichica”* (Freud,1899); Klein (1937), considerando i *“fantasmi inconsci”*, aggiunge altre vie altrettanto privilegiate per accedere all’esperienza del paziente e alla sua conoscenza.

H. Segal (1981) fa rilevare la funzione del sogno principalmente come rivelatore dei disturbi della funzione dell’Io, nel senso che il sogno svolge una funzione depurativa rispetto alle parti non desiderate del Sé e non quindi di elaborazione di esse.

Il sogno ci può permettere di entrare in contatto con l’evento traumatico e la parte profonda che la sottende, dove sogno e accadimento irrompono situati nel momento stesso, nel passato, nella persona e nel respiro collettivo, quindi la complessità interpretativa che con Jung probabilmente va oltre la stessa teoria sessuale della libido freudiana.

Per la ricerca del significato dei sogni Jung valorizza molto la parte manifesta del sogno, utilizza le libere associazioni, si basa anzitutto sull'analisi del contesto, tiene conto dell'amplificazione del sogno individuale data dalla vita spirituale dell'umanità, miti, leggende, fiabe, ricostruisce il senso individuale attraverso l'appartenenza ad una luce universale (Jung, 1928-30).

L’Analisi dei sogni di Jung è il resoconto di cinquantuno incontri – avvenuti

il mercoledì mattina, presso il Club psicologico di Zurigo, tra il 7 novembre 1928 e il 25 giugno 1930.

Dice Jung che l'interpretazione del sogno richiede *penetrazione psicologica, capacità di combinare insieme cose diverse, intuizione, conoscenza del mondo e degli uomini, e nozioni assai estese quanto una certa "intelligence du coeur"*. L'interpretazione è contestuale. Bisogna abbandonare ogni preconcetto ed aprirsi all'*inatteso*. Esiste una gerarchia dei sogni, non tutti hanno la stessa importanza. Alcuni hanno significanti simbolici archetipici. Gli archetipi per Jung sono forme e nessi figurativi presenti in ogni epoca, in ogni cultura e in ogni individuo. Di qui il riconoscimento di una parte individuale della psiche e di una parte collettiva. Esiste un inconscio personale, e un inconscio collettivo più profondo, più vicino alla coscienza. Jung dice *"il sogno è la piccola porta occulta che conduce alla parte più mistica e più intima dell'anima"*. *"In contraddizione radicale con Freud, affermo che l'inconscio dice ciò che vuole dire. La natura non è mai diplomatica. Se la natura produce un albero, è un albero, non un errore per un cane. [...] La teoria di Freud è stata creata dalle sue pazienti. L'analista è troppo soggetto all'influenza delle pazienti, gli riempiono la mente con il loro pensiero. Questi meccanismi desideranti delle donne sono fonte d'errore per il medico;*

*“dobbiamo continuamente lottare contro questi pensieri insinuanti”* (Jung,1928-30,p.76). *“L’idea di Freud è che il sogno sia razionale. Io affermo, invece, che è irrazionale, che succede e basta. Un sogno appare, come può apparire un animale. Io sto seduto nel bosco, e appare un cervo”* (ibidem,p.133). *“Forse ognuno di noi è soltanto un complesso di una mente più grande, come nelle nostre menti i complessi sono istanze autonome individuali”*.(ibidem,p.440).

Alla difesa della nozione di archetipo viene affiancata una sua distinzione dal simbolo, a proposito del quale si spendono parole fondamentali: *“Si è abusato moltissimo della parola simbolo. Freud chiama simboliche cose che sono soltanto semiotiche. Se avesse avuto una formazione filosofica, non avrebbe confuso i due termini”* (ibidem,p.525). L’importanza del fare coscienza per Jung viene più volte messa in evidenza: *“La nostra meta dovrebbe essere quella di ampliare la nostra coscienza. Ci succedono delle cose, che noi ne siamo consci o no, ma se siamo inconsci la vita non ha senso”* (ibidem,p. 248).

## 2.3 Perdita, lutto e trauma

Per quanto riguarda il trauma, la perdita e l'elaborazione del lutto la Klein dice: *“L'intensità del dolore per la perdita di una persona amata è fortemente acuita, secondo me, dalle fantasie inconsce di colui che soffre il lutto, di aver perduto anche i propri oggetti buoni interni. Egli sente quindi che i propri oggetti interni cattivi tornano a predominare e il proprio mondo interiore corre il pericolo di disintegrarsi (Klein,1940, p.336).*

Allora per l'elaborazione del trauma bisogna anche ripristinare gli oggetti buoni interiorizzati precedentemente, oltre l'oggetto amato perduto, come sosteneva Freud (1915b).

Può essere interessante notare che la Klein, quando nel 1935 parla di posizione depressiva, la intende come punto nello sviluppo che il neonato attraversa e non come uno momento evolutivo di una sola volta, e per sempre, nella vita.

Il traumatizzato si trova a separarsi dagli oggetti perduti e a negare la perdita d'amore come fuga dall'angoscia depressiva, soffocandone le emozioni. In tal modo allontana la possibilità della presa di coscienza della perdita e dell'attraversamento della realtà che permette l'elaborazione anche come accettazione della parzialità, approssimazione, vulnerabilità e limitatezza della vita umana e della sua inevitabile “mancanza”.

A seguito di un evento traumatico i processi di identificazione sono complessi, inconsci, intensi e inevitabili e tramano a vario titolo contro il riconoscimento e l'accettazione della realtà da parte del traumatizzato; pertanto assumono particolare rilevanza nella pratica terapeutica dove compaiono sia come meccanismi di difesa e sia come caratteristica evolutiva della persona.

E' noto che il trauma relativo ad una perdita possa creare un'identificazione narcisistica dell'io con l'oggetto perso (Freud,1925) e che: *“L'ombra dell' oggetto cadde così sull'io che d'ora in avanti potè essere giudicato da un'istanza particolare come oggetto, e precisamente come l' oggetto abbandonato. In questo modo la perdita dell' oggetto si era trasformata in una perdita dell'io, e il conflitto fra l'io e la persona amata in un dissidio fra l'attività critica dell'io e l'io alterato dall'identificazione.”* (Freud 1915b, p. 108)

Quando il trauma sviluppa una condizione patologica di depressione psicotica detta da Freud malinconia, significa che il traumatizzato non è riuscito ad accettare ed elaborare la perdita, il lutto e nutre risentimento verso la persona persa, risentimento masochisticamente rivolto verso se stesso.

Considerare da una parte la natura e l'ambiente avversi e dall' altra il

mancato e/o cattivo accudimento come principali se non esclusive cause del funzionamento patologico della persona, porta spesso in conflitto le teorie e le pratiche terapeutiche, che riescono più feconde quando meglio equilibrano i due aspetti citati (nella persona del terapeuta e nella cura).

Il concetto di cura racchiude in sé una natura situata e complessa quindi richiede che sia possibile considerare possibilità trasformativazionali che dispongono di approcci, teorie e metodi tali da poterli meglio tarare alla specifica necessità terapeutica.

Vorrei riportare una metafora della sofferenza che raccolsi anni fa in una lezione del Professor D'Errico dell'Università di Napoli e che cito a memoria forse più con parole mie. *“La sofferenza dei pazienti è materia fluida determinata dal contenitore con cui essa viene trattata, ne assume la forma, ma conserva una sua indipendenza, con cui determina vincoli ed opportunità sul contenitore stesso”*.

La visione kleiniana (1935) , riferita alle perdite precoci e alla incapacità di esperire il lutto e di relazionarsi alle proprie esperienze positive, mostra come in simili casi si crei un blocco nello sviluppo evolutivo, con la comparsa di un disfunzionamento tendente al paranoico.

Può essere interessante per comprendere il punto di vista sul trauma, persona e ambiente, richiamare una lettera scritta da Bowlby, Miller e



Winnicott 1939 al British Medical Journal dove essi sostenevano che il danno psichico che avrebbero subito i piccoli se separati dalle loro madri, perché evacuati dalle città a causa dei bombardamenti, sarebbe stato tanto grave quanto quello di subire danni fisici a causa delle bombe.

Bowlby (1944) e Winnicott (1958) hanno trattato i traumi macroscopici relativi alla separazione del bambino dalla madre, ma non devono essere sottovalutati i traumi più sottili e complicati capaci di effetti sui tempi lunghi, in buona parte inconsci, che spesso sono più difficili da comprendere e rintracciare.

Proprio la difficoltà a distinguere la realtà, un evento, dal pensiero dell'evento, impedisce la valutazione delle esperienze avverse e sono difficoltà presenti nelle persone con disturbi più significativi.

Freud (1925) considerava centrale per il trauma l'esperienza dell'impotenza e la relativa capacità di accettazione.

Già Freud riguardo al caso del piccolo Hans ebbe a dire che *"... una cosa che non è stata capita inevitabilmente riappare; come un fantasma inquieto, non trova pace fino a quando il mistero non è stato risolto e l'incantesimo rotto"* (1908)

E ancora Freud sostiene che il trauma è *"un'esperienza che nei limiti di un*

*breve lasso di tempo apporta alla vita psichica un incremento di stimoli talmente forte che la sua liquidazione o elaborazione nel modo usuale non riesce, donde è giocoforza che ne discendano disturbi permanenti nell' economia energetica della psiche". (Freud,1915-17,p.437)*

Secondo la Garland *"L'io, una volta traumatizzato, non può più permettersi di credere al segnale d'angoscia in tutte quelle situazioni che assomigliano al trauma che ha minacciato la sua esistenza: si comporta come se fosse stato invaso dall' angoscia automatica."* (1998,p.17) e

Freud *" Nel suo inconscio ognuno di noi è convinto della propria immortalità ..."* e che la morte dell' altro comunque è un trionfo per chi sopravvive. (1915,p.137)

Queste sono considerazioni utili nella pratica clinica per affrontare il senso di colpa dei sopravvissuti e la elaborazione del lutto.

Gli stimoli traumatici risvegliano i fantasmi originari di devastazione e crudeltà e visioni paranoiche di rapporti tra gli oggetti, che si legano agli eventi attuali sino a "fondersi" oltre il "legame" col passato nei casi in cui il carico emotivo risulta fortemente investito, sino a rendere indistinguibile il passato dal presente, eventi esterni e realtà psichica, casi trattabili in adeguata terapia.

L'evento traumatico irrigidisce, è avvertito come conferma di talune fantasie originarie, e danneggia la capacità di simbolizzazione del traumatizzato, e proprio la simbolizzazione è la base per essere capaci di un pensiero flessibile, per trasformare del materiale inassimilabile e per elaborare il lutto (Segal,1957).

Il trauma è ferita, lesione dei tessuti e riguarda anche la mente (trauma psichico) come rottura della sua capacità e sensibilità selettiva degli stimoli, rottura della sua capacità omeostatica relativa al mantenimento del suo equilibrato funzionamento o percepito tale.

L'evento traumatico e il trauma costituiscono un attentato al benessere.

Il trauma innescato da un evento reale o fantasmatico spiazza *il normale funzionamento [gettando] l'individuo in una profonda confusione ...*

*E' il crollo di un modo consolidato di vivere la propria esistenza ... e di una organizzazione difensiva stabile ... sconvolge le difese esistenti contro l'angoscia" confermando "allo stesso tempo queste profondissime angosce universali ... è la conferma del peggiore dei timori e dei fantasmi interni ... imminenza della morte, o l'annichilimento personale, dal momento che gli oggetti buoni (interni ed esterni) non garantiscono più la protezione dalla cattiva sorte (Garland,1998,pp.9 e 11).*

Dal punto di vista psicoanalitico delle relazioni oggettuali ricordiamo che l'oggetto interno buono, a cui si riteneva potersi rivolgere per ottenere protezione e aiuto, a seguito del trauma si rivela sbadato, indifferente o addirittura malvagio. *Bion (1962)* fa rilevare che il bambino che ha fame interpreta la fame non come mancanza (assenza) di un oggetto che lo nutre ma come presenza di un oggetto che lo attacca.

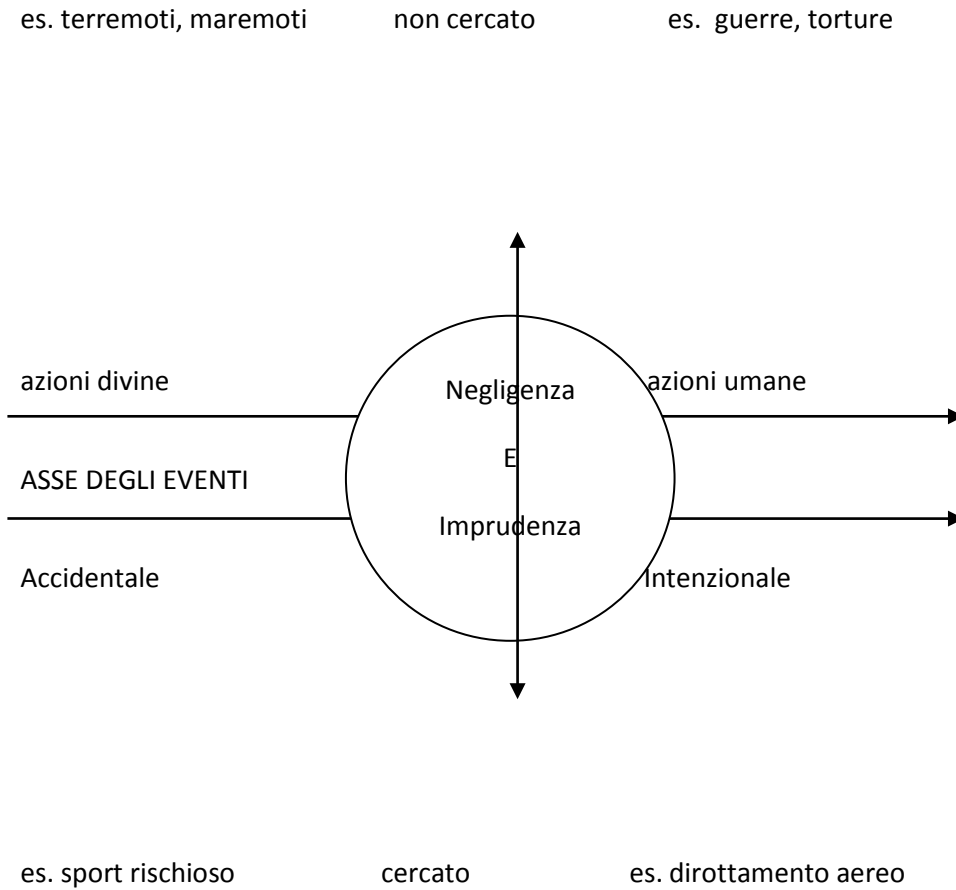
## 2.4 Simbolizzazione e cura. Metacognizione e fantasia.

A fini terapeutici Bion descrisse come elaborare mentalmente il materiale non assimilabile (*elementi beta*) per trasformarlo in quello che chiamò elementi alfa, definendo il suo concetto di contenimento.

Va considerato anche l'importanza del lavoro di Segal in particolare quando tratta il crollo della simbolizzazione in relazione ad una perdita dell'oggetto contenitore.

Abbiamo trovato comoda l'utilizzazione del seguente diagramma del TC nel corso della ricerca, come aiuto grafico e come orientamento per relazionare un evento particolare con una eventuale particolare psicopatologia. Fig. A

Fig. A



Quando si presentano i fantasmi primitivi a seguito di un evento traumatico, essi conferiscono al presente significati inquietanti che hanno origine nel passato particolare specifico della persona, dove tale connessione di passato e presente va sciolta, direi trasformata.

Consideriamo l'evoluzione del contributo freudiano sul trauma in particolare quando sottolinea l'importanza del trauma come trauma psichico in termini di fantasmi inconsci, oltre la *"realtà pratica"* e *"l'evento esterno"*.

Quando Freud supera la concezione dell'attività mentale intesa fondamentalmente come rapporti costanti tra Io, Es e Super io del (1922 l'Io e l'Es) e si sensibilizza verso una visione di rapporti più dinamici tra le varie parti del suo modello della mente, arriva nel 1925 a rielaborare la comprensione delle fonti di angoscia.

Ormai non ritiene più unica forma d'angoscia l'eccitazione libidica non scaricata. Quando un evento esterno eccessivo urta contro l'organizzazione mentale, il suo effetto annienta tutte le difese dell'angoscia. Angoscia che resta a sconvolgere la mente è quindi interna, a fronte di evento scatenante esterno.

Freud elenca cinque fonti di angoscia primarie, universalmente potenziali traumatiche, che avvicinano alla morte.

Distingue l'angoscia automatica relativa ad una situazione di pericolo reale dal segnale d'angoscia che allerta rispetto ad una improvvisa situazione di impotenza (1925).

La distanza tra realtà, realtà del ricordo e fantasia, e la modalità con cui esse si alimentano e si relazionano in pazienti traumatizzati può agevolare o complicare il loro trattamento terapeutico.

Sempre il trauma deve far fronte al rapporto con l'angoscia di morte, con la mancanza che acutizza disfunzionalità economiche in tali circostanze.

Spesso nei traumatizzati compare la coazione a ripetere gli eventi, attivamente o passivamente, sia in modo manifesto e sia in modo simbolico.

La ripetizione in tali casi comunque segnala un blocco.

Senza addentrarci nelle modalità con cui il traumatizzato articola una propria possibilità di vita ( es. Identificazione proiettiva, inversione del trauma, identificazione con l'aggressore ...) che può essere oggetto di adeguata terapia, ci interessa sottolineare come anche quando l'equilibrio sembra essere sbilanciato verso la propensione alla morte, assume importanza un carattere estremo, per l'impresa del traumatizzato, che consiste in un atto di volontà nell'interesse dei suoi oggetti più che di se stesso, con altro linguaggio potremmo dire, come solo l'amore, espressione di vita e relazione, riesce faticosamente a sconfiggere la morte, che pur avrebbe posto fine alla sofferenza.

Ci interessa sottolineare col presente lavoro come la tentazione consapevole o inconsapevole alla “ripetizione” e la ripetizione stessa possa in parte dipendere dalla mancanza di desiderio di conoscenza, dalla mancanza di curiosità di analizzarsi oltre la superficiale “informativa” di sé, e come dice Freud in Ricordare, ripetere e rielaborare (1914) la ripetizione riguarda qualcosa che ancora non si è ricordato o compreso, la cui comprensione è dolorosa ed affrontabile solo in un contesto terapeutico grazie alla traslazione ed alla successiva rielaborazione del ricordo precedentemente rimosso.

Le teorie nella pratica terapeutica servono per organizzare e spiegare le conoscenze che a loro volta nutrono le teorie attraverso l’esperienza clinica.

E’ un circolo che diventa virtuoso principalmente in funzione della qualità umana, scientifica e professionale del terapeuta.

La funzione di “contenimento” del terapeuta necessaria nella pratica clinica consiste nel sostenere, tra l’altro, un complicato equilibrio tra apertura e adesione all’esperienza e alla realtà del traumatizzato, da una parte, e restare funzionalmente ben equilibrato, dall’altra, con giusto distacco del terapeuta, portatore di un particolare strabismo che, da una parte, gli permette di seguire/appartenere alla realtà del traumatizzato e,



d'altra parte, di non perdere di vista la propria autonomia, la propria funzione, che si dà come presenza che non guida il paziente, né si focalizza sull'evento traumatico, ma che riesce completamente solo nel dispiegarsi del rapporto terapeuta/paziente e dell'elaborazione.

Freud parla della *"attenzione fluttuante"* dello psicanalista nel senso che solo se non siamo fissati rigidamente su un oggetto possiamo cogliere una ricchezza e una molteplicità di messaggi.

Il trauma può devastare il significato dell'esperienza personale; Fonagy scrive a proposito dell'esperienza di bambini borderline: *"solo l'elaborazione graduale delle rappresentazioni mentali dei pensieri e dei sentimenti li libererà dalla schiacciante morsa che l'esperienza concreta della realtà impone sulla mente umana ... il diniego del pensiero riflessivo, priva il bambino della possibilità di metabolizzare e risolvere il trauma psichico"* (1995,p.43)

Per i traumatizzati che si rifugiano completamente nel mondo materiale, lineare, di fisica causa/effetto, a volte va considerata la *natura microtraumatica dei continui impatti con la frustrazione del bisogno* (Anzieu,1985), fittiziamente superata con un impoverimento della capacità simbolica mentale che si traduce in inadeguatezza rispetto alle perdite accidentali traumatiche.

Dice riguardo ai microtraumi *“possono verificarsi lungo tutto il corso dello sviluppo del bambino, dalla prima infanzia all’adolescenza ... l’lo può anche riuscire a soffocarli e a raggiungere un funzionamento normale abbastanza sano e valido ciononostante esso rischia più tardi nella vita, di crollare per via di una stato di acuta tensione o crisi”* (Khan,1963,p.45,54)

Importanza particolare assumono per il processo di elaborazione l’attività di fantasia, l’immaginazione e il sogno.

Dice Segal che *“il sogno diurno gode indubbiamente di una cattiva fama in psicanalisi ... è spesso ripetitivo e superficiale e sempre egocentrico. ... Solo l’individuo più difeso, limitato e rigido è privo di fantasticherie ... [l’immaginazione che comporta un maggiore contatto con il dolore e la lotta, è un’evoluzione della capacità di sognare ad occhi aperti] ... Nei pazienti privi della capacità di sognare ad occhi aperti o di immaginazione si può sospettare a ragione che la fantasia inconscia sia troppo terrificante per poter avere qualsiasi accesso alla vita da svegli e alla fantasticheria”* (1991,p.124)

Oscar Wilde con *“Ogni uomo uccide la cosa che ama”* dice una verità profonda il cui accesso costa agli uomini angoscia e battaglie e tante risorse per evitarla, risorse che in tal modo danneggiano ulteriormente le capacità di elaborazione della perdita traumatica.

Porre attenzione alle capacità metacognitive dei traumatizzati per fini preventivi e terapeutici ci è parso interessante anche rispetto a quanto è emerso dall'indagine sperimentale.

Ci sono maggiori difficoltà terapeutiche quanto più il trauma attuale si lega ad eventi passati attraverso un consolidato e lungo rapporto, nel tempo, con i propri oggetti interni.

Un esempio può essere la rigidità con cui durante tutta la vita si è cercato di difendersi dal bisogno, dalla vulnerabilità, dalla dipendenza che crolla con l'irrompere dell'angoscia relativa all'evento traumatico, il quale si ripresenta con il suo carico disfunzionale ogni qual volta l'evento o l'oggetto appare anche solo pronunciato o ricordato, ossia ormai non è più simbolo per il traumatizzato ma è evento traumatico tout court (flashback).

*Ricordare* è diventato *rivivere* nella mente del traumatizzato ed il simbolo ha perso la sua capacità rappresentativa, e viene confuso con l'oggetto. E' un tipo di confusione che viene detta equazione simbolica.

Come sappiamo il contenimento che la madre sufficientemente buona (Winnicott 1965) può fare col bambino consiste nel mettere dentro di sé le angosce primitive e precoci del bambino, assorbendone anche il panico e senza farsi sopraffare da esse.

Così la madre trasferisce al bambino la capacità propria di tollerare e gestire l'angoscia. L'angoscia così può essere evolutivamente pensata dal bambino e simbolizzata.

Bion 1967 descrive, con una analogia alla seduta terapeutica, un processo terapeutico basato sul contenimento, dove il paziente è il bambino e la figura di riferimento affettivo (la mamma) è il terapeuta.

Contenimento per ripristinare la capacità di simbolizzazione, di distinzione tra io e l'evento, tra il pensare a qualcosa come distinto dalla cosa pensata, che riesce impossibile quando con l'esperienza traumatica il contenitore viene perso, viene perso cioè quello spazio interiore del buon accudimento materno senza il quale, ad ogni flashback, il traumatizzato viene nuovamente travolto dalla stessa angoscia estrema, insopportabile perché totalizzante, non pensabile come separabile e non simbolizzabile.

Attenzione alla mentalità pratica dei traumatizzati, nutrita da atteggiamenti orientati alla sola pratica con caratteristiche di rigidità, spesso associati alla concretezza dell'equazione simbolica che è così diversa dalla flessibilità e creatività che caratterizza la capacità di simbolizzare e di rimando dei significati, tipica del buon funzionamento.

Si capisce che l'elaborazione, per un traumatizzato, può riuscire particolarmente difficoltosa, se il processo analitico utilizza parole per

parlare dell' evento traumatico che immediatamente ripropongono al paziente la confusione con l' evento stesso e ne ricreano/rinnovano l'esperienza traumatica e il relativo blocco totalizzante.

La terapia intesa come terapia alla persona e al suo mondo interno e non centrata sull'evento, può permettere l'integrazione dell' evento traumatico con tutta la persona e la sua vita perché, il trauma li riguarda nel senso più globale possibile.

Anche a rischio di produrre con la terapia individui più tristi ma più sani, più capaci di riconoscere e accettare la realtà, purché l'evento traumatico diventi una parte del pensiero e del funzionamento generale della persona e non più un una parte separata ed inaccessibile, pronta a prendere il sopravvento totalizzante e bloccante al primo imprevisto. *“Per l'organismo vivente la protezione dagli stimoli è una funzione quasi più importante della ricezione degli stessi”* (Freud,1920,p.213). Per evitare l'insostenibile angoscia, allora, bisogna non ricordare confinando il vissuto traumatico in un luogo inaccessibile, che spesso riesce ad essere inaccessibile a tutto, ma non agli incubi.

Come già considerato, la mancanza di contenimento da parte dell' oggetto materno materializzatosi con il verificarsi del trauma stesso, ostacola il processo di accesso alla simbolizzazione necessaria per elaborare

flessibilmente la perdita.

Nell'ottica delle relazioni oggettuali possiamo dire che, col trauma, viene compromesso il contenitore, e con la terapia se ne tenta un ripristino funzionale, ripristino anche della capacità filtrante della mente.

Si dovrà cercare di riparare i rapporti del traumatizzato con il mondo sociale, sia con le persone reali che lo riguardano sia con le rappresentazioni di esse o di parti di esse che trattiene nel suo mondo interno.

Nel traumatizzato continua il difficile accesso all'esperienza, disturbato dalla impossibilità di riconoscere il cambiamento e le novità date dagli eventi esterni perché percepiti come imprevedibili, inaffidabili, ovvero come conferma degli antichi e soliti timori del proprio mondo interno.

## IL PUNTO DI VISTA FENOMENOLOGICO

*“Spiegare un fenomeno è in fondo conoscere la sua pre-esistenza”*

Minkowski,1953

Un trauma reale è l'espressione di un trauma sempre esistito, che in tal modo prende forma per farsi riconoscere, quando la pressione del rimosso diventa insopportabile.

Mentre la Psicoanalisi cerca il *perché* della patologia, attraverso l'interpretazione della sintomatologia del paziente, suo linguaggio cifrato, arrivati al quale si guarisce, l'approccio fenomenologico ricerca il *come* si è giunti alla patologia, attraverso l'analisi dell'esistente (Daseinanalyse), trasferendosi senza preconcetti, nell'alterità della relazione del paziente con se stesso e con il mondo: l'analisi noematica, ontica, cioè del vissuto del paziente, di come lui vede e sperimenta il mondo, ci guida all'analisi noetica, ontologica, cioè all'essere che permette al soggetto di vivere il

mondo proprio in quel modo. Fare *epochè* per lo psicopatologo fenomenologo significa guardare l'uomo senza alcun pregiudizio, in particolare senza pregiudizio nosografico, per cogliere il soggetto per come si dà, per come è nel mondo. Il tentativo di fare *epochè* da parte del fenomenologo consiste nella rigorosa sospensione del giudizio attorno ai dati osservati per accedere alla immediatezza del fenomeno depurato da ogni eccedenza, per mondare i fenomeni dalle premesse interpretative teoretiche e scientifiche, per permettere al dato fenomenologico di essere rilevato nel modo più originario ed autentico *“nei modi e nei limiti in cui si dà all'intuizione”*. ( Husserl, 1913).

L. Calvi scrive: *“l'epochè è un dispositivo trascendentale che si aggiunge al dispositivo psicologico della percezione , che si aggiunge a sua volta al dispositivo fisiologico della sensazione. L'incontro si colloca quindi al vertice di una piramide, la cui base è costituita dal mondo fisico e dalla sua irraggiungibile numerosità e la parte mediana è costituita dal mondo della vita quotidiana, dove gli eventi possono essere numerosi, ma comunque più o meno enumerabili e, inoltre, largamente prevedibili. Al vertice della piramide si vive la Lebenswelt husserliana: il mondo della vita. L'epochè, che ce lo schiude, è il gesto culminante di un processo, in gran parte inconsapevole, di selezione e di assimilazione, che si svolge continuamente*



*nei nostri neuroni e di cui tutte le culture raccontano la proiezione mitica come uscita del cosmo dal caos”(2009,p.37).*

G. Di Petta ha recentemente sottolineato che *“aiutare i pazienti ‘organici’ significa condurli a ritrovare, in qualche modo, tra un accertamento strumentale e uno di laboratorio, tra un intervento chirurgico e un trattamento medico, la loro anima dimenticata, la totalità di jaspersiana memoria, abbondantemente perduta nella rima di frattura tra lo psichico e il somatico”(Di Petta,2009,p.279).* Questo confine mobile tra il somatico e lo psichico, rimasto senza nome, senza comprensione e senza cura, è quello in cui mi muovo da anni; l’interesse per *“quella dimensione che per Binswanger era la storia interiore della vita, che molti esseri umani ancora significano soprattutto attraverso i mille modi di essere e di ammalarsi nel corpo” (ibidem)* richiede un approccio rigoroso per non scendere nelle facilonerie di un certo tipo di medicina cosiddetta alternativa. Il vissuto di un incidente esterno che procura un trauma fisico reale ha le caratteristiche della repentinità, della sorpresa, del trasalimento.

Il trauma assume un carattere impulsivo che Masullo fa consistere nel suo fenomeno del repentino, dove con impulsivo desiderio intendere un accadimento intenso che in un tempo istantaneo rompe la continuità, interrompe l’analogicità e l’inerzialità della continuità di appoggio dell’

esistenza stessa.

Dice L. Binswanger (Binswanger,1989) : “ *Se nel bel mezzo di un appassionato affidamento o aspettativa, repentinamente, ciò che ci aspettavamo ci tradisce, d’un colpo il mondo ‘cambia’ tanto che noi, come sradicati, perdiamo qualsiasi sostegno in esso. Più tardi, pensando a quell’istante dall’ alto di una riconquistata stabilità, noi diciamo che in quel momento, come colpiti dalla folgore, siamo caduti dalle nuvole*”.

(1955,p.67)

Quando la lingua lascia affiorare “*un particolare tratto essenziale*” ritengo che apre alla realtà nel senso del suo situato significato.

Come già faceva notare C. Wolf, di scuola leibniziana settecentesca, se è vero che la natura non fa salti, nella discontinuità vi è il non reale ... la finzione, la favola, il sogno. Ovviamente non erano note le teorie quantiche di interpretazione della natura e dell’ energia e comunque si intuiva il tempo capace di manifestarsi come mancanza, come ferita, come assenza sin dai tempi di Leibniz.

Il carattere impulsivo del trauma alimenta la caratteristica di irrealtà che vive il traumatizzato, amplificando una condizione che già normalmente appartiene alla realtà della vita.

Come dice A. Masullo *“Il tempo è l’autoaffettivo senso della frattura irreversibile, il vissuto dell’ insanabile discontinuità della vita, e della traumatica irruzione della contingenza”* (1995,p.88)

Il cambiamento assume caratteristiche di discontinuità ed entrambe, discontinuità e cambiamento, sono caratterizzate dall’incertezza.

Il carattere impulsivo, discontinuo, conferisce al trauma una amplificata portata destabilizzante che inquieta. ...*“l’esistenza è allora il sentire, il patire ad ogni istante (discontinuo) un’irrevocabile perdita che il desiderio cerca inutilmente di recuperare”* (ibidem). Sempre per Masullo il trauma è anche una occasione “critica” nel senso che offre possibilità di ‘disgrazia’ o di ‘grazia’, di pericolo e di opportunità comunque presente anche se non augurabile.

Quindi se è vero che un solo istante può significare un trauma bloccante disfunzionale, un solo istante è possibile che possa permettere di superarlo, anche se l’esperienza clinica dimostra che, generalmente, questo istante può manifestarsi dopo un lungo lavoro terapeutico.

Se il bisogno porta con se l’ appagabilità, il desiderio è tale solo nel ‘desiderare’ che, se è presente, è già un elemento della speranza da poter coltivare per la cura dei traumatizzati e, in generale, per la vita.

Comunque si sente l'antica presenza oscura e impossibile creata dall'accostamento tra finito ed infinito, tra discontinuo e continuo, tra mente e cervello, tra analogico e quantico, tra la vita e il vivere, tra la presenza e la mancanza.

La condizione aionica del tempo eterno richiama il tempo del trauma, un tempo che per il traumatizzato non scorre, fissato in una eternità bloccante ineluttabile e autonoma.

Condizione aionica riguarda il tempo eterno, il tempo cronos è l'immagine cadenzata numerabile di aion, immagine mobile dell'eternità, secondo Platone, non idolo ma copia autentica.

Anche l'aspetto fenomenologico del trauma ci offre un punto di vista e delle premesse significative per la comprensione e la cura del paziente traumatizzato e sul modo di porsi del terapeuta psicopatologo.

Il fenomenologo privilegia l'assoluta condizione generatrice di ogni cosa consistente nell'essere nel mondo, nell'esserci, ossia nell'essere essenziale dell'essere umano, dove assume caratteristica centrale la intenzionalità del soggetto.

Binswanger con Esserci (Dasein) indica il soggetto come essere nel mondo presso gli enti, essere come gettato nel mondo sin dall'inizio ed in

rapporto immediato con le cose dove l'immediatezza di essere nel mondo è chiamata *erlebnis* connesso a *Lebenswelt* mondo della vita vissuta soggettiva, vicino al mondo della vita spirituale, non oggettivabile e meno attinente al mondo biologico scientifico.

Il fenomenologo si pone per una "comprensione interpretante" e mai si pone nei confronti delle cose come se fossero oggetti da spiegare.

Il fenomenologo descrive modi di essere, non scopre cause.

La spiegazione presuppone un oggetto da spiegare e una condizione di causalità che non appartiene all'approccio fenomenologico.

Binswanger condivide il livello esplicativo della spiegazione freudiana della paranoia del caso del giudice Schreber, ma la rifiuta perché non vuole rapportarsi alla psicosi come se fosse qualcosa ( un oggetto ) da spiegare, ma la considera come una forma dell' essere nel mondo (soggetto) che pertanto va compresa, anche perché, nonostante la spiegazione, la paranoia ci appare ancora più incomprensibile.

Il mondo della scienza, quando vi riesce, da certe ipotesi sa dedurre gli accadimenti conseguenti, pertanto li può far conoscere ma non capire.

La psicanalisi pretende di essere esplicativa ed interpretante, oltre a possedere una teoria di tipo causale. Quindi la psicanalisi ritiene di andare

oltre la fenomenologia.

In *Essere e Tempo* Martin Heidegger nel 1927 ci offre molti agganci al punto del nostro preso di mira. L'incidente improvviso crea "modi difettivi del prendersi cura": con la sorpresa, l'importunità e l'impertinenza dell'accadimento l'esserci si accorge del mondo, di cui anche il suo corpo fa parte, che non gli invia i consueti rimandi, ma si manifesta nella sua essenza. Perduta l'utilizzabilità dell'utilizzabile, si rivela il mondo: il corpo non può funzionare dopo un incidente, non si possono utilizzare gli arti, si lede un organo di senso impedendo la percezione, non si può stare eretti: cambia completamente il rapporto col mondo e con se stessi. Lo sgomento compare quando l'utilizzabile, che era presso di noi, perde di colpo la sua utilizzabilità e interrompe la catena dei rimandi.

L'esserci soggiorna presso gli utilizzabili, presso l'altro da sé. Gli Uomini esistono (ex sistere), stanno fuori, sono sempre presso gli enti, gli utilizzabili. Incontrare noi stessi ci fa paura. Il fenomenologo si interroga su come si dà la paura. Davanti ad un pericolo di vita l'Uomo è angosciosamente dinanzi a sé: questo è il trauma. Gli aspetti di temporalità di apparizione del pericolo è: graduale e noto = paura, improvviso e noto = spavento, lento e ignoto = orrore, immediato e ignoto = terrore. (cfr. M.Heidegger,1927). Davanti al terrore l'essere è solo con se

stesso, gettato nell'angoscia dell'assenza dei rimandi. E' uno squarcio che si apre e che soverte in un istante tutti i rapporti, come la faglia di un terremoto, si può anche richiudere, ma tanta energia si sarà sprigionata e ci sarà una decompressione. La sensazione, in presenza di un traumatizzato, è di trovarsi in presenza di una persona smarrita, che perde la continuità della sua storia. Tutto quello che deve fare, anche le cose che non si possono rimandare, non si possono più fare, almeno non subito. Se la prendono con la cattiva sorte, a volte con l'incapacità a dire di no ad una richiesta inopportuna che li ha fatti trovare proprio nel posto sbagliato al momento sbagliato, o semplicemente "cadono dalle nuvole".

## CAPITOLO IV

### STORIE E VISSUTI

*Seguono alcune storie tra le centinaia di storie raccolte che rappresentano solo un esempio, mentre le restanti storie e racconti di vita saranno oggetto di una pubblicazione a parte per poterle adeguatamente onorare.*

#### **Zio Giggi**, e non Gigi

Si tratta di un vecchietto che incontriamo in occasione di una sua visita ambulatoriale chiesta per dolori alla schiena. Nel colloquio col medico, riferisce che teme di essere affetto da emorroidi in quanto ha appena notato delle perdite di sangue nelle feci, ma non era il motivo per cui era venuto. Gli vengono prescritti accertamenti tra cui indagine rettale endoscopica e viene da me perché accetta di integrare la cura con l'accompagnamento psicoterapeutico. Ha 83 anni, leggermente sovrappeso, di buona cultura, ex manager ora senza un soldo, carattere rispettoso ma deciso, si presenta cordiale ma deciso a controllare tutto... Abbiamo un buon approccio empatico e decide di continuare. E' molto attivo e di parola, nelle sedute successive è preciso, viene regolarmente con piacere e mentre aspettiamo gli esiti di tutti gli esami lui dice: "con gli esercizi di respirazione e con i movimenti che faccio qua col fisioterapista e a casa da solo, i dolori sono diminuiti e queste chiacchierate che faccio



con voi mi fanno stare meno teso, e inoltre trovo che è giusto e bene per me occuparmi di quello che posso io, e fidarmi di voi per quello che dovete fare voi. E' vero che io posso solo badare ad essere sereno e che tutto venga fatto, pertanto ho scelto di fidarmi del vostro gruppo dopo aver conosciuto sia voi che altri specialisti, e quindi devo solo seguire i vostri "consigli". Purtroppo l'indagine indicava la necessità di rimuovere chirurgicamente un tumore al retto e stomizzare il paziente con applicazione al fianco di borsetta per le feci. Il medico anestesista ed il chirurgo, molto bravi, concordarono per le tecniche anestesologiche e chirurgiche meno invasive possibili in considerazione dell'età. Così fu effettuato l'intervento chirurgico che durò cinque ore. Tutto andò bene e al risveglio il sig. Giggi si lamentava con me: "lo vedo scarafaggi ovunque, sulle pareti, il letto zeppo di formiche, ma che succede" erano i residui dell'anestesia ed io dissi: "Si tratta di una realtà parallela, come sapete qua è tutto pulito, e se accade di vedere cose strane consideriamole non qua, come in un sogno, e poi passerà". Tomo tomo il sig. Giggi allora rispose: " Vabbè se me lo dite voi ... allora io ora li vedo questi scarafaggi, è come se stessi ancora sognando, mò mi riposo un altro poco e se dovesse ancora succedere non me ne importa proprio. Grazie Dottò".

Con tale atteggiamento fu possibile non aggiungere tranquillanti alla terapia, avere un decorso postoperatorio sereno e continuare sino ad oggi per altri tre anni una vita piena e contenta, avendo accettato la borsetta al fianco per i bisogni con piena tranquillità, essendo stato capace di cambiare il proprio modo di porsi, che era comandante e controllante, divenendo capace di affidamento e fiducia. Il sig. Giggi testimonia dicendo che da quando è riuscito a fidarsi ed affidarsi riesce meglio a ricordarsi le cose, le pillole e tutto quello che gli dicono, tranne i nomi nuovi, e che dorme meglio senza l'ansia di prima. I dolori alla schiena non li sente quasi più. E poi ci ha adottati come nipoti. E' una persona senza alcuna presenza di familiari. Con noi ritesse una relazione affettiva e di fiducia attraverso la quale è capace di recuperare senso, piacere e ricordi... e per noi ora è zio Giggi. Va segnalato che in questo caso e in altri casi dove risultava adeguato, ci siamo limitati ad un intervento che riguardasse più la funzionalità necessaria e non le dinamiche psichiche profonde.

### **Stella cadente**

Il seguente stralcio di racconto riguarda una paziente fratturata che chiameremo Stella, di 30 anni, che mi sembra particolarmente significativo nonostante le approssimazioni del taglio di sintesi adottato. Mentre attraversa la strada, non sulle strisce pedonali, viene investita da

un'auto e nella caduta si frattura la spalla destra. Settima figlia di otto, pratica, ansiosa e con tratti di rigidità e sbalzi di umore... testualmente dice : *“Dottore ero veramente distratta, l'auto non ha colpa, meno male che andava piano e mi ha appena urtato, ma purtroppo sono caduta sul lato senza neppure abbandonare le buste che avevo in mano. Io ho attraversato la strada come se stessi da un'altra parte e mi sono trovata in mezzo ad essa senza accorgermene”*. Dice che spesso le capita di distrarsi, perché pensa al papà che è anziano e solo, in un ospizio. Non riesce ad accudirlo perché ha un lavoro precario che non le permette assenze, un monolocale arredato in fitto e lontano dal padre ed è molto addolorata perché nonostante siano otto fratelli, nessuno ne vuole sapere niente del problema del papà. Dice: *“E' stato sempre così, anche quando è morta mia madre ho fatto tutto da sola”*. Poi scoppia a piangere manifestando sensi di colpa per la morte della madre con cui aveva un buon rapporto, morte che attribuisce, in un momento autopunitivo, ad un siringa da lei fatta alla madre intramuscolo, a suo dire, in modo maldestro, e piangendo forte riferisce che, ad una settimana dalla morte della madre, avvenuta più di dieci anni addietro, il padre “porta” in casa una prostituta e ci “dorme” più giorni assieme mentre in casa “vive” anche lei. Stella racconta mostrando sofferenza, sia rispetto al momento attuale, toccandosi la spalla con un piccola smorfia e sia per sempre

maggiore immedesimazione col doloroso passato che sta rivivendo, con il ricordo verbalizzato al tempo presente. Stella continua dicendo che dopo due giorni di enorme sofferenza, lei sbatte fuori dalla porta questa signora, e immediatamente il padre la “caccia” di casa con violenza, lasciandola per strada senza un lavoro. Ora il padre è cieco e continua a non mostrarle affetto, mentre, a suo dire, i fratelli la odiano perché la mamma le ha donato una casetta di due stanzine quando era ancora in vita, in quanto era l’unica che la accudiva “da sempre”, e non ha lasciato niente agli altri ... Dice che spesso, senza accorgersene, si immerge in queste sensazioni ... *“dolorose come un buco che brucia nella pancia e nel petto”*, che dimentica un po’ soltanto quando è presa da tante cose pratiche ... e non sa perché si sente ora così male e senza forze. ... *perciò sono sempre distratta e spesso assente, ... perché penso a queste cose anche quando non me ne accorgo, e non vorrei stare male ...* Tutto questo è stato raccontato in un primo incontro in ospedale, quando è stato chiesto a Stella se voleva partecipare al lavoro che stavamo svolgendo, e lei ha aderito contenta, come se volesse uscire dalla solitudine della sua costrizione immobilizzante e dalla prigione dolorosa dei suoi stessi pensieri e dalle sensazioni che andava provando.

Si è sentita alleggerita quando ha potuto focalizzare il suo conflitto, il suo

dolore, andando oltre, andando dalla madre morta e dal padre cieco e malato, ora, non più da sola nel solito modo dolorosissimo, ma in compagnia nostra che eravamo con lei, si sentiva più vicina e meno in colpa per la madre morta, ed ha così iniziato a superare la sistemazione semplicistica e superficiale delle cause dette inizialmente (caso, distrazione), ed ha trovato un altro luogo e modo dove poter stare meglio, anche se fratturata, un luogo dove ora poteva sciogliere i coaguli addensati di un doloroso passato e non temere più fantasmi presenti nei ricordi che le bloccavano il respiro pieno e la vita. Inoltre sentendosi ascoltata e seguita da più specialisti in armonia tra loro (Psicologo, ortopedico, fisiatra, fisioterapista), dichiara in uno dei successivi incontri, che dorme e riposa meglio, che ci ha sognato e presentato al padre nel sogno, che era molto tempo che non sognava e inoltre dice: “ ... *anche se non dite quasi niente e parlo solo io, mi fate pensare ... so che mi seguite e grazie a tutti voi, a volte mi sento meglio di quando stavo bene, mi ha fatto bene capire e parlare ... un po' mi mancate ma so che ci siete e vi trovo, se vi cerco. Ma che devo fare, allora devo ringraziare questo incidente?*” Stella ha chiesto di essere aiutata terapeuticamente e adesso continua la cura anche con noi e col nostro gruppo di lavoro. Noi ne seguiremo l'evoluzione nel tempo. *Negli incontri successivi rivela che non riesce a provare intense emozioni se non per rabbia, non aderisce mai*

*completamente a quello che fa e pensa sempre ad altro rispetto a dove sta, ma da quando è con noi si sente il coraggio di voler bene ed è più in pace, come non conosceva di sé prima. Per lei è stato di sollievo non adirarsi con i fratelli e le sorelle e rinunciare con piacere anche unilateralmente alle risposte reattive che la facevano comunque stare malissimo. Si sente migliorata.*

### **La luce in casa**

Si traumatizza in un incidente una signora che chiameremo Adele, di 45 anni e si frattura il bacino. La signora Adele ha due figli, Sara e Michele di dodici e quindici anni ed ha una cultura da istruzione media ma da attenta osservatrice del sentire umano. La signora da sempre ha delle qualità che a volte la lasciano abitare in uno spazio tutto proprio, come se si assentasse a volte per qualche decina di minuti al massimo, per poi ritornare come se fosse andate in visita in una dimensione “altra”, così ci racconta il marito: “ Adele a volte si assenta e come se se ne andasse a riposare, poi però ritorna beata, è dolce, aperta e ama giocare con i figli e con tutti”. Da quando è immobilizzata si assenta un po’ più del solito, ma quando vengono i figli o i parenti a farle visita è sempre sveglia. Lei ci racconta che sente molto un mondo “nascosto” che qualche diagnosi psichiatrica frettolosa poteva alludere a problematiche psicotiche. In

effetti tutta la famiglia si alimenta naturalmente con una visione mistica della vita che ha permesso di accettare naturalmente qualche “diversità” di Adele. Ma quello che ci ha sorpreso è il modo naturale con cui i ragazzi sono cresciuti in autonomia, basso livello di ansia e capacità di concentrazione e di “attesa”. Sara racconta che anche quando era più piccola la mamma a volte dormiva ad occhi aperti per un pochino, e allora lei se ne accorgeva e aveva imparato ad aspettarla, perché poi avrebbero giocato assieme, cosa sempre avvenuta e di cui vanno tutti fieri. Michele ama intensamente la mamma e il papà ed ora che la vede immobilizzata dice che ha più tempo per parlarci e preparare piani e progetti per quando la mamma potrà... La signora si è subito affidata a noi, ama parlarci di come vede il mondo, di quello in cui crede e ora con noi si sente più in pace, dopo un momento di sbandamento in cui si era vista persa... Noi non abbiamo avuto particolare merito nel il percorso riabilitativo di Adele anche se la famiglia afferma il contrario, ma abbiamo riportato tale narrazione di vita perché il modo dolce di porsi di Adele nei confronti degli altri, dei figli del marito e dell’ incidente le stanno permettendo di accogliere con capacità introspettiva notevole, tutti gli aiuti riabilitativi al punto di farle osservare: “Dopo un momento di smarrimento sono fiduciosa nella ripresa, anche se per ora sono completamente ancora immobilizzata. Già di mio so che il Cielo mi aiuta sempre e poi avendo

conosciuto voi ancor più mi accorgo di essere fortunata. Ho dei figli stupendi che mi insegnano grandi cose, mi aspettano sempre e mi trovo bene con loro e mio marito perché ci capiamo anche senza parole e poi ci piace giocare, troviamo sempre un modo per sorridere alla vita e nelle piccole cose del giorno non ci affanniamo se non è proprio necessario. Ad esempio il più grande ieri mi ha fatto quel disegno in cui mi sfotte e mi ritrae grossa e goffa ma con la faccia che mi somiglia, ingigantendo il naso per farmi sorridere e ribellare". Il marito Antonio parla poco ma segue molto ed è sorridente. I ragazzi hanno voluto partecipare alla costruzione di alcune scene per uno spettacolo e sono stati preziosi nel portare entusiasmo e buon umore nel gruppo. Il papà Antonio ora non lavora e si va avanti con aiuti dei nonni e dei risparmi e con qualche lavoretto. Sorprende come il buonumore di questa famiglia attira simpatie e buone occasioni rispetto ad altre persone in che simili circostanze avrebbero ben altro umore e riceverebbero ben altri risultati. La buona qualità dei pensieri, la pro attività, la capacità di accoglienza e il non irrigidirsi su una unica dimensione pratica, il gioco, l'ironia, gli affetti, saper far leva sui punti di forza della famiglia riconoscendoli e abbracciandoli, una bassa competizione legata al vestire, all'apparire e una voglia di vita piena fanno bene a loro e a chi li guarda. Sono modi di porsi che hanno permesso a tutta la famiglia di giovarsi meglio degli aiuti disponibili e di cogliere anche



l'occasione del trauma fisico come momento di crescita e di unione, nonostante le difficoltà economiche. La signora Adele ci ha svelato che il suo segreto consiste nel non considerare solo questa dimensione corporea, ma di esercitarsi anche a scoprire la nostra natura più nascosta e "invisibile" con gli occhi materiali. La signora continua la cura integrata con sorprendenti risultati.

### **SENZA QUALITA'**

Maria, 25 anni, seconda di cinque fratelli tutti ancora in casa con i genitori. Padre operaio, unico stipendio in casa. Costole e femore fratturati, incidente d'auto in tangenziale, tamponamento, lei la conducente.

*"Col motorino corro sempre, ma questa volta avevo la macchina, e pure non è andata bene. Per farmela prestare da mio padre, mi sono innervosita così tanto che...Ma io non me ne sono proprio accorta che si stavano fermando, che erano ferme quelle auto. Tutto è successo in un momento. Non ho capito niente. Sono disperata, mi va tutto storto, pure questo ci voleva. Comunque speriamo che non (costa) costi molto aggiustare la macchina. Si è stracciato anche il giubbottino che mi piaceva molto, sapete a me piace vestire di marca e farei sempre shopping..."*

cambiando tono continua: *"Sono sempre affaticata, corro sempre e non concludo niente. Sto aspettando (a) mia madre... non ne parliamo. Adesso*

*che viene devo dare il resto anche a lei. Non basta che già non mi sento bene. I miei genitori e mia madre in particolare mi dà ordini e mi comanda a fare servizi avanti e indietro e non è mai soddisfatta. Adesso che viene sapete come si lamenterà. Mi tratta come una ragazzina di quindici anni, ma io ne ho quasi ventisei. Non riesco a trovare un lavoro e non ho trovato ancora il ragazzo che dico io. Per loro io non tengo qualità, non valgo niente e ci litigo sempre. E' sempre una lotta, continuamente, per quei pochi soldi che sono costretta a chiedere, per i servizi che devo fare in casa e che pretendono, per il telefono che uso... Ora non ho soldi neppure sul telefonino e non posso chiamare. A volte non so più manco io quello che vorrei, sicuramente non li sopporto più e non vedo l'ora di andarmene via per sempre...Sono egoisti e pensano solo a quello che li preoccupa... vorrebbero che mi togliessi dai piedi, ma poi sono sempre addosso a me, mi opprimono e non mi lasciano libera. Mi sento sempre sotto ricatto e mi rinfacciano tutto, anche quello che mangio. Adesso mi devo sopportare il fastidio dell'incidente e anche i loro lamenti per l'accaduto che pensano sia colpa mia. Non ci (capiamo) comprendiamo proprio. E poi mia madre, non mi dice mai la verità, finge sempre, specialmente in presenza di estranei ed è sempre di cattivo umore. Non mi posso fidare di lei. Non sopporta quando mi vede che sono allegra e si innervosisce, mi comanda ed mi esaspera fino a quando non mi intossica.*

*Lei non se ne accorge proprio di quello che combina... Per essere sincera a volte le darei un calcio... ma mi trattengo mica glielo do veramente, però a volte mi viene tanta di quella rabbia... mi sento maltrattata e vorrei scoppiare... mi trattengo e non sfogo e così mi sento male, anche per aver provato la sensazione di darle un calcio...mi sento in colpa e sto male, anche solo ricordandolo ora. A volte ho proprio voglia di andarmene via, lontano, lo stavo proprio decidendo quando poi è accaduto l'incidente... Scusate che sto dicendo tutte queste cose ma mi avete chiesto come mi sentivo e l'ho detto...e poi voi siete così calmi e bravi anche in mezzo a tutta questa confusione, mi fate sentire meglio...come tra persone di fiducia ... in intimità, come se vi conoscessi da sempre... non ho vergogna neppure di come sono vestita, di questa porcheria di tuta che ho addosso. Ma scusate, quanto tempo devo stare così...ma domani posso chiedere ancora di voi...e quanto dura questo dolore... ma poi non so respirare da sola come mi avete detto, mi aiutate ancora, ripetete per favore...ma quando venite la prossima volta...grazie ...allora vi posso chiamare...".*

*Maria ha imparato a essere più autonoma, meno ansiosa semplicemente facendosi contagiare dalla serenità degli operatori mentre parlava di sé, dal modo e dalle risposte che riceveva, e diceva testualmente:" a volte vi racconto tante sciocchezze della vita mia, ma solo adesso con voi mi vengono così bene alla mente e dopo che ne ho parlato è come se si*

*sistemassero da sole... non le sento più pesanti come invece le sentivo prima, e anche quando poi arrivano i miei familiari dopo che ho parlato con voi, io non mi innervosisco più come prima, neppure su quegli argomenti che mi avrebbero tenuta nervosa per ore. No so ma questi giorni mi stanno facendo bene, forse anche perché non pensavo mai a me come con voi adesso...*

### **Franca, donna di 78 anni operata protesi d'anca**

Vive sola, con una badante ad ore, dispiaciuta di come la trattano i familiari. Marito deceduto da anni, due figli che vivono lontano in altre città...qualche nipote sposata che la viene a trovare. Misera pensione, ex maestra elementare, curata nell'aspetto e sensibile, a volte troppo.

Ha accettato di integrare la cura riabilitativa con gli incontri psicoterapeutici. Riportiamo le sue parole pronunciate in una delle prime sedute e in una delle ultime. *...Non è semplice per me parlare, non lo è mai stato e parlare di me è ancora più difficile. Il giorno che riuscirò a parlare senza trattenermi sarà già una piccola vittoria. In fondo martedì scorso cosa le ho detto?, nulla. Come possono capirmi se non riesco mai ad aprirmi? Vorrei che lei mi leggesse nella mente..., ma poi già sto imparando a fingere benissimo, ma non posso fingere con me stessa, e gli occhi sono proprio loro che mi tradiscono. E so bene che dai miei occhi traspare un po' del male di vivere che ho dentro, della tremenda tristezza*

*che è diventata sempre più padrona di me, della immensa solitudine che sento da quando sto ferma. La maggior parte delle mie giornate sono piene di tristezza, di agitazione, di dubbi, e voglia di non vivere. Esco a volte fuori dal mio corpo e vedo tutta me e quello che ho dentro e che nemmeno io riesco a decifrare. Mi sento assalita da una forza esplosiva, come un vulcano pronto ad esplodere e a distruggermi. Continuo appoggiandomi alle poche cose che penso di avere e vivo nelle vite altrui senza sentire di averne una mia, col dolore di non averne una mia. E' molto triste per me tale pensiero. Tutto mi ferisce spropositatamente. Anche una mosca mi potrebbe fare del male. A volte, troppe volte mi sento senza via di uscita e la cosa più brutta è pensare che nessuno può fare niente. Quando mi sento così aggrovigliata neppure le parole riescono ad uscire e non riesco a descrivere tali sensazioni... Questa settimana mi è capitato di agitarmi mentre ero attraversata da simili pensieri, mi sono agitata parecchio al punto che qualcuno si è accorto che stavo tremando. Solo allora ho scoperto che quando mi sento agitata allora tremo senza accorgermene... E non è stato piacevole sentirsi dire dagli altri "ma stai tremando?!" E tu nemmeno te ne sei resa conto...A volte le confesso che ho avuto dubbi se continuare o meno a parlare con lei, specialmente quando mi assalgono momenti molto brutti che mi buttano giù... ma devo riconoscere che piano piano aspetto sempre più*

*con piacere di incontrarla, le ultime volte continuo a figurarmi quello che le voglio dire già molto prima di incontrarla. In effetti la sua compagnia continua anche quando finisce l'ora e posso dire di sentirmi più tranquilla, come se avessi poggiato per terra dei pesi che portavo sul petto. Mi aiuta molto respirare assieme ai pensieri che richiamo, ed è bello esserci riuscita anche da sola, dove prima mi disperavo. Mi accorgo di più che anche i miei familiari fanno quello che possono ed io sono loro più grata di prima, proprio dove prima accadeva di sentirmi frustrata e trascurata, ed è stato possibile solo ascoltandoli di più senza dover parlare sempre e solo di me e dei miei malanni, perché l'ho già fatto bene con lei. In effetti basta accorgersi di cosa posso e voglio fare e non di quello che non posso fare. Poi ho visto che tutti mi ascoltano di più, se li so ascoltare prima io. E sento che meglio si realizza la mia preghiera, perché ho ripreso a pregare, un po' come se parlassi tra me e me mentre parlo col Cielo, e dottò a volte faccio così anche con voi... Ho avuto la grazia che dormo meglio e non sto più tanto infelice, agitata e nervosa e i dolori non li sento più come prima. Mi stanno venendo delle voglie, per esempio voglio fare una torta nuova, un esperimento ... e se viene bene poi ve la porto pure a voi. Perché posso continuare a venire, vero?*

## CAPITOLO V

### **Resilienza. Alcuni aspetti bioetici e psicoterapeutici**

Il senso bioetico che orienta il presente lavoro risiede proprio nel considerare come l'uomo della tecnica si ponga il problema di compensare un equilibrio tra la sua componente religiosa, psichica, mentale e culturale e le sue necessità "materiali" connesse al corpo e all'ambiente,

*"Con un programma di resistenza e persistenza in vita meta-fisico che cerca di sopra-vivere alla physis da cui proviene e su cui emerge"*

(Mazzarella 2004). Circa la sua capacità di ripristinarsi continuamente rispetto a se stesso e all'ambiente, solo in considerazione della sua capacità psichica, metacognitiva e di autocoscienza, l'uomo riesce ad essere più resistente, "resiliente" grazie alla costituzione corporea e dell'oltre, della mente, dello spirito necessitante e necessitato. Su tale scia continua E. Mazzarella:

*"Sul fluido fondale dell'evoluzione, della storia naturale del genere, dovessimo dare una definizione dell'animal rationale, diremmo:*

*l'animale resiliente*. Unico animale che ha il culto dell'origine come forma in cui è venuto a sé e si è conosciuto: Dio-padre, i penati, il focolare domestico – l'uomo, nel suo sviluppo storico-culturale come specie, è da questa sua capacità *resiliente*, che è definito; dalla sua capacità di recuperare sempre l'auto-definizione raggiunta nella consapevolezza della sua identità che lo mette *al mondo*. *Forza plastica* aveva chiamato Nietzsche questa capacità di resilienza di un animale capace di medicare anche le ferite della ragione, ripristinando ogni volta, da ogni sollecitazione "esterna", da ogni *vacuum* che gli preme da dentro o lo opprime da fuori, un *continuum* identitario consapevole. Una *resilienza* già biologica della specie nella sua forma identitaria tramite i suoi individui, di cui dicono già i miti dell'origine."

*(Da Futuro ed evoluzione. L'uomo che deve rimanere di Eugenio Mazzarella, La filosofia futura, prassi e nichilismo, pp 82). E ancora:*  
"...L'incarnazione, il suo scoprirsi nella carne e di carne (corruttibile), è precisamente il tratto che fa l'uomo *uomo*; o ciò che è divino in lui, tanto che il dio che vuol farsi uomo, in quella carne deve *abbassarsi* e salirne intero il Calvario, se vuol essere vicino non solo a parole alla sua creatura."

A tale riguardo vorrei richiamare il concetto di Resilienza correlato con la psicoterapia in fase di riabilitazione integrata , come insieme di elementi



che costituiscono dei fattori protettivi, delle caratteristiche che rendono resistente l'umano e lo rendono maggiormente capace di superare un evento traumatico proprio grazie a quell'eccedenza tipicamente umana e che è la "psyché".

Una possibilità di accrescere tali caratteristiche "resilienti" a fronte di traumi è offerta dalla psicoterapia come occasione di rinnovare e riscoprire le dimensioni affettive e relazionali che tanto ruolo benefico hanno svolto per l'umano quando è stato esposto a situazioni traumatiche, ad esempio come spesso è accaduto in occasione dei bambini traumatizzati in circostanze di guerra e di cui si è occupato Boris Cyrulnik attraverso la testimonianza che la sua stessa vita continua a rendere.

Va considerata la forza che possono esprimere le relazioni familiari e affettive quando realizzano nell'umano aspetti di resistenza, di resilienza in occasioni di necessità dovute al trauma. Le relazioni familiari vengono ad essere richiamate per ricucire e rinsaldare proprio quel tessuto connettivo messo in pericolo dal trauma e che il trauma contribuisce a lacerare.

"Con il termine resilienza si intende la capacità di far fronte in maniera positiva agli eventi traumatici e di riorganizzare positivamente

la propria vita dinanzi alle difficoltà, è quindi una competenza chiave, che è possibile sviluppare attraverso l'apprendimento di tecniche professionali ed il potenziamento dei fattori personali per trasformare le circostanze avverse in nuove sfide alla propria esistenza”.

Secondo Boris Cyrulnik , psichiatra e psicanalista, docente all'Università di Tolone (Francia), la resilienza “è l'arte di navigare sui torrenti... Un trauma sconvolge il soggetto trascinandolo in una direzione che non avrebbe seguito. Ma una volta risucchiato dai gorgi del torrente che lo portano verso una cascata, il soggetto resiliente deve ricorrere alle risorse interne impresse nella sua memoria, deve lottare contro le rapide che lo sballottano incessantemente. A un certo punto, potrà trovare una mano tesa che gli offrirà una risorsa esterna, una relazione affettiva, un'istituzione sociale o culturale che gli permetteranno di salvarsi. La metafora sull'arte di navigare i torrenti mette in evidenza come l'acquisizione di risorse interne abbia offerto al soggetto resiliente fiducia e allegria. Tale inclinazione, acquisita in tenera età, gli ha conferito un attaccamento sicuro e comportamenti seduttivi che gli permettono di individuare ogni mano tesa”( Cyrulnik,2009).

Fondamentale è il contributo che si riesce a tessere per un paziente traumatizzato rivolgendo l'attenzione psicoterapeutica alle sue risorse più che ai suoi deficit, alle sue qualità relazionali reali o spirituali, offrendo una testimonianza autentica umana e scientifica che orienta al superamento, alla collaborazione, all'empatia positiva, in altre parole, a rinforzare le naturali capacità resilienti del paziente il più delle volte sopite e nascoste dalla situazione traumatica e dal modo esclusivamente "fisico" con cui si procede nella cura riabilitativa. A tale riguardo sono significativi gli studi di Froma Walsh, in particolare di come sia possibile incrementare aspetti resilienti nei pazienti attraverso una valorizzazione delle qualità affettive relazionali, che la Walsh interpreta clinicamente attraverso una epistemologia sistemica-relazionale-familiare. ( Froma Walsh: La resilienza familiare, Cortina ed.)

La presente ricerca empirica sta anche raccogliendo dati per attestare come gli aspetti "resilienti" possono aumentare in un paziente oncologico che integra la cura medica con quella psicoterapeutica, per attestare anche col valore della cifra quanto intuitivamente viene rilevato dall'esperienza sul campo degli operatori che notano miglie della condizione umana del paziente e della sua risposta globale clinica nelle fasi di riabilitazione e cura chemio terapeutica e radioterapeutica.

Come è noto, consideriamo il cancro da un punto di vista medico-clinico come un'alterazione significativa dell'hardware molecolare, che determina un disordine nei meccanismi della divisione cellulare e nei segnali extracellulari ed intracellulari competenti al suo controllo. Molti sono gli studi che valutano e avvalorano l'impatto della qualità dei pensieri e delle emozioni sul corpo.

“P. Pancheri e la sua scuola hanno da tempo ipotizzato che l'inibizione emozionale, producendo una risposta non efficiente allo stress (nel senso che il soggetto in questione non è in grado di attivare e disattivare rapidamente la reazione di stress, mantenendosi invece in uno stato di iperattivazione cronica di grado moderato), sopprime o altera la risposta immunitaria lasciando così campo libero alla cancerogenesi.

Questa teoria ha trovato, nel corso degli anni, vari riscontri sperimentali anche in studi su animali .

Si è visto infatti che animali da laboratorio sottoposti a stress cronico e/o comunque non evitabile, a inibizione dell'azione, si ammalano di cancro più facilmente di altri.

Studi giapponesi recenti sugli effetti della privazione materna hanno mostrato che la perdita precoce della madre installa, nei soliti topolini, una risposta inefficiente allo stress che si protrae per tutta la vita e da

luogo a pesanti disordini immunitari.”

Tratto da: "Psiconeuroimmunologia" di F. Bottaccioli - Ediz Red

Anche il Premio Nobel Eric R. Kandel ha considerato con i suoi studi la possibilità che anche la psicoterapia profonda produca modificazioni stabili dei meccanismi epigenetici nell'essere umano (articolo di A. Mura "Biologia e psicoanalisi: Leggendo Kandel-").

Anche le ultime considerazioni alimentano la ricerca scientifica nella direzione dell'integrazione della cura a fronte di traumi che, nell'umano sicuramente, non hanno mai una valenza solo fisica ma sempre una connotazione psichica e fisica da non eludere nella cura riabilitativa. Vanno salvaguardate e onorate sempre più le direzioni e integrazioni delle cure con attenzione ai principi che sono propri di tutte le componenti coinvolte nelle fasi traumatiche e nelle cure riabilitative, non ultime le attenzioni della cura che riguardano la sfera motivazionale, affettiva, sentimentale, relazionale, dei pensieri e del modo di porsi sia dei pazienti che degli specialisti.

## BIBLIOGRAFIA

- Anzieu D.,1985, tr.it., *L'io-Pelle*, Borla, Roma,1987
- Ashby W.R.,1956, tr.it.,*Introduzione alla cibernetica*, Einaudi, Torino,1971
- Balint M., *Sei minuti per il paziente*, Guaraldi, Firenze 1973.
- Barbone F., et al., *Association of road-traffic accidents with benzodiazepine use*, Lancet 1998 Oct 24;352(9137):1331-66.
- Bateson G., *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi 1977.
- Bergomi M. et al., *Influenza della personalità sui comportamenti di guida*, Atti del Congresso "Ruolo dei fattori umani nella sicurezza stradale", (p. 33). 8-9 novembre, Modena 2007.
- Binswanger L., *Delirio:Antropoanalisi fenomenologica*, Marsilio, 1990
- Binswanger L., 1955, tr.it., *Sogno ed esistenza – per un'antropologia filosofica*, a cura di E. Filippini, Feltrinelli, Milano, 1989
- Bion W.R., 1962, tr.it., *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma,1988
- Bion W.R.,1961, tr.it., *Esperienze nei gruppi*, Armando, Roma, 1993
- Blos P., *L'adolescenza come fase di transizione*,1979 Armando, tr. 1988 Roma.
- Bottaccioli F., *Psiconeuroimmunologia*, Ed. Red 2009.
- Bowlby J. et al., lettera: *Evacuation of small children*, British Medical Journal,1939;16 dicembre:1202-3.
- Bowlby J., *Forty-four juvenile thieves: their characters and home-life*,International Journal of Psico-Analysis,1944;25:1-57.
- Bruner J., *La ricerca del significato*, Bollati Boringhieri 2003.
- Burke E., *Inchiesta sul bello e il sublime*, ed.it. a cura di G. Sertoli e alt. Palermo 1985.
- Calvi L., *Epochè, prassi mimetica e neuroni specchio*, in *Comprendre* 19, La Garangola, Padova, 2009.
- Caprara G.V.,Barbaranelli C., Borgogni L. , *BFQ Big Five Questionnaire. Il Manuale*. Ed.Organizzazioni Speciali.

Carbone P., *Le ali di Icaro. Rischio e incidenti in adolescenza*, Saggi Bollati Boringhieri 2003.

Chatenet F., *Jeunes, alcool et conduit d'automobile: liaison et deliaison*, rapport INTERETS, n111, Arcueil 1990.

Cloninger C.R., Svrakic D.M., Przybeck T.R., *A psychobiological model of temperament and character*, Archives of General Psychiatry 50: 975-990, 1993.

Correale A., *Come il paziente borderline vive sé e il mondo*. Atti Giornata di studio 17/11/2007 su "Quali comunità terapeutiche per i pazienti borderline?"

Correale, A., et al, *Patologie gravi e modelli di comprensione*. Rivista Psicoanal., 1993;39:139-152.

Cyrulnik B. *Autobiografia di uno spaventapasseri*, Raffaello Cortina, 2009.

D'Antuono E., *Bioetica*, Ed. Guida 2003

Del Volgo MJ, *L'instant de dire*, Eres,1997.

Deleuze G. *Logica del senso*, Feltrinelli 2005

Demetrio D., *Il libro della cura*, Rosenberg & Sellier 1999.

Demetrio D., *La scrittura clinica. Consulenza autobiografica e fragilità esistenziali*, Rosenberg & Sellier 2008.

Derogatis L., *Symptom Check List (SCL-90) Revised (1977), nella versione italiana (Magni et al., 1983)* ed altri *Il diciottesimo cammello*, Ed. Cortina.

Di Petta G., *Tra Leib e Körper: per un'antropologia psicosomatica*, in *Comprendre* 19, La Garangola, Padova, 2009

Eysenck H.J., *Biological bases of personality*, Springfield: Thomas, 1967.

Fonagy P., *Playing with reality. The development of psychic reality and its malfunction in borderline personalities*, International Journal of Psycho-Analysis, 1995;96:39-43, parte 1

Fornero G., *Bioetica cattolica e bioetica laica*, Ed. Bruno Mondadori 2005.

Foucault M., *La cura di sé*, Feltrinelli 1991.

Foucault M., *Tecnologie del sé*, Bollati Boringhieri 1992.

Freud S., *Opere*, Bollati Boringhieri 2006:

Vol.1 *Studi sull'isteria* (1892-95).

Vol.2 *Meccanismo psichico dei fenomeni isterici* (1893).

Vol.2 *A proposito di una critica della "nevrosi d'angoscia"* (1895).

Vol.2 *L'ereditarietà e l'etiologia delle nevrosi* (1896).

Vol.3 *L'interpretazione dei sogni* (1899).

Vol.4 *Psicopatologia della vita quotidiana* (1901).

Vol.5 *Analisi della fobia di un bambino di cinque anni* (1908).

Vol.6 *Cinque conferenze sulla psicanalisi* (1909).

Vol.8 *Introduzione alla psicanalisi* (1915-17).

Vol.8 *Considerazioni attuali sulla guerra e la morte* (1915).

Vol.8 *Metapsicologia* (1915b) *Lutto e melanconia*.

Vol.9 *Psicoanalisi delle nevrosi di guerra* (1919).

Vol.9 *Al di là del principio di piacere* (1920).

Vol.9 *L'io e l'Es* (1922).

Vol.10 *Inibizione, sintomo e angoscia* (1925).

Vol.11 *L'uomo Mosè e la religione monoteistica: tre saggi* (1934-38).

Friedman LS, Hedeker D, Richter ED , *Long-term effects of repealing the national maximum speed limit in the United State*, Am J Public Health. Sep;99(9):162, 2009.

Galimberti U., *Psicologia*, Garzanti, Milano 1999.

Garland C., *Comprendere il trauma. Un approccio psicoanalitico*, Bruno Mondadori editore 2001.

Garland C., TSC (Tavistock Studi Clinici) *Comprendere il trauma*, 1998 Bruno Mondadori 2001.

Genovese C., *Il Trauma psichico. Prima parte - Il percorso freudiano, Interazioni*, Franco Angeli editore 2/2006.

Giannini G., *Condizione umana*, Ed. Il melangolo 2009.

Harré R-Gillet, *La mente discorsiva* ed Cortina 1996.

Hawking S., *Il grande disegno*, Mondadori 2012.

Heidegger M., *Essere e tempo*, Longanesi Ed. Traduzione di Pietro Chiodi.



Husserl E., 1913, tr.it., *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica*, a cura di E. Filippini, Einaudi, Torino, 1965, pp. 65-67

Illich I., , *Nemesi medica*, Bruno Mondadori editore 1976.  
Jeanneret O., *Les adolescents ne courent pas seulement des risques: ils en prennent!*, in "Revue Médicale de la Suisse Romande", 103, 1983, pp. 371-83.

Jonah B.A., *Sensation Seeking , risky driving and behavioral adaptation*, Accident Analysis and Prevention 2001;33:679-684.

Jucovy M.E., *Psychoanalytic contributions to Holocaust studies*, International Journal of Psycho-Analysis, 1992;73:267-282.

Jung C.G., *Analisi dei sogni 1928-30* , Bollati Boringhieri Torino 2003

Jung C.G., *Opere 18. La vita simbolica*, 1928, Bollati Boringhieri Torino 1993.

Khan M.M.R., 1963, tr.it., *Il concetto di trauma cumulativo*, in *Lo spazio privato del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino, 1979.

Klein M., *Il lutto e le connessioni con gli stati maniaco-depressivi*, 1940. in *Klein Scritti 1921-1958* Boringhieri, Torino 1978.

Klein M., 1937, *Amore, odio e riparazione* in *Klein Scritti 1921-1958* Boringhieri, Torino 1978.

Lecaldano E., *Bioetica; Le scelte morali*, Ed. Laterza 2009.

Lissa G., *Spiritualmente l'uomo abita sulla terra*, Ed. Giannini 2011.

Magni S. F., *Bioetica*, Ed. Carocci 2011.

Marcelli D e Ledoux S., *Les comportements à risque des adolescents*, in Tursz, Souteyrand e Salmi (a cura di) 1993.

Marchesini R., *Post-human*, Ed. Bollati Boringhieri 2011.

Masullo A. *Il tempo e la grazia. Per un'etica attiva della salvezza*, Donzelli Ed. 1995.

Mazzarella E., *Da Futuro ed evoluzione. L'uomo che deve rimanere*, La filosofia futura, prassi e nichilismo, 2015.

Mazzarella E., *Sacralità e vita*, Ed. Guida 1983.

- Mazzarella E., *Vie d'uscita, L'identità umana come programma stazionario metafisico*, Il melangolo, Genova 2004.
- McCrae R.R., Costa P.T.Jr., *Personality trait structure as a human universal*. *American Psychologist*, 1997, Vol. 52:5 509-516.
- Medina J., *Il cervello Istruzioni per l'uso*, Ed. Bollati Boringhieri 2010.
- Mele A., Piro S., *I mille talenti*, La città del sole ed., 1995.
- Minkovski E., 1953, tr.it., *La Schizofrenia*, Einaudi, Torino, 1998
- Montano A. *Il guaritore ferito*, Ed. Bibliopolis 2004.
- Morin E., *I sette saperi*, Ed. Cortina 2001.
- Mortari L. , *La pratica dell'aver cura*, Bruno Mondadori, 2006.
- Mortari L., *Aver cura di sé*, B. Mondadori 2009.
- Mura A., *Biologia e psicoanalisi: Leggendo Kandel* 2004.
- Patil S.M. et al, *The role of personality characteristics in young adult driving*, *Traffic Inj Prev.* 2006 December; 7(4):328-334.
- Pervin A., Cervone D., *La scienza della personalità. Teorie, ricerche, applicazioni*, Cortina, Milano 2009.
- Pietropolli, Charmet G. e Riva E., *Adolescenti in crisi, genitori in difficoltà*, Franco Angeli ed., Milano 1994.
- Piro S., *Antropologia Trasformativa*, Franco Angeli ed., Milano 1997.
- Pizza F., et al., *Daytime sleepiness and driving performance in patients with obstructive sleep apnea: comparison of the MSLT, the MWT, and a simulated driving task*, *Sleep* 2009 Mar 1;32(3):382-91.
- Plomin, R., et al., *Genotype-environment interaction and correlation in the analysis of human behavior*. *Psychological Bulletin*, 1977;84:309-322.
- Ricci G., et al., *Prevalence of alcohol and drugs in urine of patients involved in road accidents*. *J Prev Med Hyg.* 2008 Jun;49(2):89-95.
- Ricoeur P., *Sé come un altro*, Jaca Book, Milano 1996.

Russo N., *Filosofia ed ecologia*, Ed. Guida 2000.

Ryb G.E., Dischinger P.C., Kufera J.A., Read K.M., *Risk perception and impulsivity: association with risky behaviors and substance abuse disorders*. *Accid Anal Prev*. 2006 May;38(3):567-73.

Schettini B., *Governare il lifelong learning*, Ed Scientifiche It 2009.

Segal H., 1957, tr.it, *Note sulla formazione del simbolo*, in *Casi clinici*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1980.

Segal H., 1981, tr.it, *La funzione dei sogni*, in *Scritti psicoanalitici. Un approccio kleiniano alla pratica clinica*, Astrolabio, Roma, 1984.

Semerari A., Dimaggio G. (a cura di), *I disturbi di personalità modelli e trattamento. Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali*, Editori Laterza, 2003.

Servadio E., *Gli incidenti stradali e l'inconscio*, in "Rivista giuridica della Circolazione e dei Trasporti", XI, I., 1957.

Tabachnick N. et al.(a cura di), *Accident or Suicide? Destruction by Automobile*, C.C. Thomas, Springfield, Illinois 1973.

Taggi F., *Indagine sui comportamenti a rischio degli adolescenti: un nuovo approccio multi rischio*. Atti del convegno "Adolescenti dal punto zero verso il 2000" Istituto superiore sanità. Roma 3 febbraio 1999.

Verri P., *Discorso sull'indole del piacere e del dolore*, ed. a cura di S. Contarini, Carocci, Roma 2001.

Walsh F., *La resilienza familiare*, Ed. Cortina 2008.

Wardi D., 1992, tr.it., *Le candele della memoria: I figli dei sopravvissuti dell'olocausto: trauma, angosce, terapia*. Sansone, Firenze, 1993.

Winnicott D., 1958, tr.it, *La tendenza antisociale*. In: *Dalla pediatria alla psicanalisi*, Martinelli, Firenze, 1985.

Winnicott D., 1965, tr.it., *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma, 1992.