

Il seguente testo, disponibile per la sola consultazione personale e di cui è vietata qualunque forma di diffusione e riproduzione, è pubblicato in forma integrale nella collana:

I quaderni dell'A.R.P.A., N.6 *Ventanni di ARPA*, ARPA Milano-Via Fontana 18.

## **DALL'IMPOTENZA ALL'ASCOLTO TRASFORMATIVO**

*Norma Ghisotti*

E' ricordando il clima di entusiasmo e di coraggio che ha caratterizzato la fase di fondazione del Centro Diurno dell'A.R.P.A. che vi porto il mio contributo sul tema dell'impotenza, vissuto che spesso caratterizza, a livello controtransferale, il lavoro educativo e psicoterapeutico con i pazienti borderline e psicotici.

Nel mio percorso di crescita professionale ho avuto la possibilità di entrare a contatto con diverse tipologie di utenza e di contesti istituzionali: un centro diurno per pazienti adulti con disabilità gravi, un reparto di psichiatria, diversi servizi sociali ed unità di tutela minori.

Adottando, da subito, un linguaggio emozionale, cercherò di trasmettervi qualche ricordo di alcune esperienze di impotenza che ho vissuto nei primi anni di lavoro e che hanno fatto nascere in me un interesse clinico specifico per l'area della cura del trauma psicologico della quale oggi mi occupo come formatrice e psicoterapeuta.

Prima di iniziare il mio racconto, vorrei però proporvi di scegliere una situazione professionale attuale o del passato in cui vi siate sentiti sopraffatti, senza speranza e di tenere questi pensieri sullo sfondo della vostra mente mentre ascolterete il mio intervento e quelli che seguiranno.

Mi interesserebbe poi sapere se qualche riflessione, emozione o possibilità nuova è potuta scaturire guardando a quei vissuti di impotenza dalle diverse prospettive che vi saranno suggerite. Vi chiedo anche di annottarvi molto brevemente le emozioni negative che provate adesso rispetto a quella situazione, a quel paziente e di riguardarle al termine della mattinata per osservare la modificabilità dei vostri vissuti.

Bene, cominciamo allora con il sintonizzarci con le emozioni di impotenza.

Ho sempre avuto l'abitudine di annotarmi, in una sorta di "diario di bordo", le situazioni professionali più difficili da affrontare perché generatrici di confusione, di dolore o di un senso di paralisi che blocca la creatività facendo venir meno la fiducia in un possibile cambiamento.

Vorrei rileggere insieme a Voi alcune di quelle pagine, che si riferiscono a tre diverse esperienze, e commentarle, più avanti, alla luce degli studi della psicologia del trauma.

Ecco la prima situazione:

"Oggi sono stata mandata dal responsabile del centro diurno a conoscere Patrizia, una ragazza tetraplegica di 16 anni, con la quale lavorerò a domicilio con l'obiettivo di supportare la sua famiglia.

Patrizia mi accoglie sulla sua sedia a rotelle, con un collare che le sostiene il capo. Ha un leggino con un libro davanti a sé e può muovere solo gli occhi. Lo sguardo è vivo, attento, curioso. La sua famiglia accogliente e gioiosa. Mi sento l'unica disperata in quella casa e mi sento in colpa. Che cosa ho io da offrire loro? Come potrò occuparmi di una ragazza della quale faccio fatica a reggere lo sguardo? Perché oggi mi sono sottratta all'incontro con la sua sofferenza e con un

atteggiamento di efficienza mi sono preoccupata soprattutto degli aspetti organizzativi del mio intervento?”

Anni più tardi, durante il mio tirocinio in psichiatria, mi venne chiesto di far visita ad una paziente ricoverata in reparto. Trovai la donna, affetta da psicosi paranoide, legata al letto con le cinghie, in preda a deliri ed allucinazioni che non trovavano un contenimento nemmeno con i farmaci.

Annotai nel mio diario:

“Lei mi guardava con uno sguardo terrorizzato e mi implorava di slegarla dal letto. Urlava tutta la sua disperazione per la convinzione delirante di essere stata avvelenata dalle infermiere, che le portavano le medicine e di essere stata abbandonata da tutto il resto del mondo.

Io sono rimasta come “congelata”, vuota, senza un pensiero, senza una sensazione fisica. Sentivo solo disperazione e panico. E sono rimasta lì, per non so quanti minuti, incapace di fare qualsiasi cosa.

Poi, piano piano, ho cominciato a ritrovare me stessa con il mio corpo, i miei pensieri, le mie emozioni ed ho lasciato il reparto sicura di non poter far nulla per quella paziente ma altrettanto convinta che fosse urgente occuparmi di me stessa nell’unico modo possibile: togliermi da quella situazione”.

Un terzo episodio si riferisce invece alla mia attività presso il centro diurno dell’ARPA.

Ero la referente per Anna una paziente affetta da depressione maggiore che veniva al centro tutti i giorni per attività socializzanti ed espressive.

Un pomeriggio mi capitò, per la prima volta, di arrivare in ritardo per il mio turno e trovai Anna in uno stato di grandissima agitazione. Mi investì con un fiume di parole cariche di ansia, di rimproveri e di colpevolizzazioni per averla lasciata sola con la propria sofferenza.

Dapprima reagii con un atteggiamento accogliente, cercando di rassicurarla della mia vicinanza e disponibilità all’ascolto poi, con il suo insistere, cominciai a sentirmi sempre più infastidita e rabbiosa perché mi sentivo usata. Più che una persona, con i propri bisogni ed anche i propri problemi, mi sentivo ridotta ad una funzione: quella della “base sicura” di cui lei aveva urgenza. “Ma possibile”-pensai- “che non riesca a capire che mi è capitato un inconveniente? Che possa mettere in discussione la dedizione con cui mi sono occupata di lei per tanti mesi?”

Anna continuò a travolgermi di parole e di accuse per tutto il pomeriggio minacciando di buttarsi dalla finestra se non le avessi dato garanzie “di cominciare a dedicarmi a lei con serietà”, per dirla con le sue parole.

Nel mio diario scrissi: “Oggi non sono riuscita a lavorare con Anna. Forse non sono la persona giusta per lei e un cambio di educatrice potrebbe essere utile per entrambe”. Quella notte non riuscii a dormire: mi sentivo colpevole ed inadeguata.

Ecco, questi sono tre esempi di come si possa essere sorpresi da una situazione relazionale inaspettata e rimanere temporaneamente incapaci di rispondere con adeguatezza. In tutti e tre i casi ho avuto la sensazione di avere a che fare con difficoltà insormontabili e di trovarmi, impotente, con le spalle al muro. Ci sono naturalmente delle differenze importanti tra un episodio e l’altro che si riferiscono sia alle ragioni per le quali mi sono sentita impotente che alle modalità con le quali ho reagito. Rimando tuttavia a dopo i miei commenti e sono naturalmente interessata a sentire i Vostri nello spazio che avremo più tardi.

Il mio interesse per un ascolto trasformativo dei vissuti di impotenza si è consolidato da quando ho iniziato ad occuparmi, circa quindici anni fa, di tutela minorile.

L'attività di consulenza che ho svolto per diversi servizi sociali mi ha portato a contatto con bambini e adolescenti vittime di abusi sessuali, maltrattamenti fisici e psicologici, stupri e torture, ossia traumi gravissimi e spesso ripetuti per anni.

Potete immaginare quali risonanze emotive comporti stare in relazione con minori che abbiano vissuto esperienze così devastanti e quale senso di responsabilità si avverta nel doversi occupare non solo della loro cura ma anche della loro tutela. Ciò mi ha indotto a riflettere sugli strumenti di cui avrei avuto bisogno per poter continuare a svolgere quella attività per lungo tempo. Ero ormai troppo consapevole per pensare, come invece avevo fatto agli inizi, che una forte motivazione ed una solida formazione potessero mettermi al riparo dal silenzioso logorio delle fatiche quotidiane, dall'accumularsi di delusioni ed aspettative inappagate, dall'incontro con situazioni lavorative talmente complesse e dolorose da far venir meno la percezione della propria efficacia professionale.

Per questi motivi scelsi di seguire un percorso di formazione teorico-clinica sulla cura del trauma psicologico che potesse darmi delle chiavi di lettura delle mie reazioni controtransferali e delle modalità più efficaci di valutazione e gestione dello stress suscitato dal lavoro istituzionale con pazienti traumatizzati.

Voglio oggi condividere con Voi alcuni dei concetti con i quali ho familiarizzato e mostrarvi come possano essere utilizzati per proteggere l'operatore dal rischio di una traumatizzazione secondaria.

Come ci ricorda Judith Lewis Herman, autrice dell'interessantissimo saggio *Guarire dal trauma*, la psicotraumatologia nacque formalmente in Inghilterra, durante la prima guerra mondiale, con le osservazioni condotte sui veterani nonostante il fatto che già Charcot, Breuer e Freud, con i loro studi sull'isteria, avessero posto le basi per una concettualizzazione della reazione traumatica.

Per diversi decenni, le ricerche hanno riguardato gli adulti e solo successivamente sono state estese ai bambini a causa delle resistenze della collettività e della comunità scientifica a riconoscere le conseguenze deflagranti che il trauma psicologico può produrre su soggetti in età evolutiva ed adolescenziale.

Le conoscenze attuali sul trauma nascono anche dalla confluenza delle ricerche condotte dalle neuroscienze (sulle alterazioni neurologiche e biochimiche che derivano dall'esposizione a stress prolungati) nonché dagli studi, di matrice nordamericana, sugli effetti psicologici della violenza sessuale e domestica.

La sindrome psichiatrica dovuta all'esposizione ad eventi traumatici ebbe finalmente riconoscimento ufficiale nel 1980 quando la società psichiatrica americana incluse, nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (il DSM-III), una nuova categoria nosografica chiamata "Disturbo post-traumatico da stress" (DPTS).

Nelle edizioni successive del DSM venne allargato lo spettro dei disturbi da stress ed ampliato il concetto di trauma oggi definito come un evento vissuto al di fuori della norma, estremo, violento, lesivo, che minaccia o ferisce l'integrità fisica o psichica di un singolo o di un gruppo di persone e che, in genere, richiede uno sforzo inabituale per essere superato (APA, DSM-IV).

Nel DSM-V, di prossima pubblicazione, gli psicotraumatologi auspicano che sia inserita un'ulteriore categoria diagnostica, già ampiamente utilizzata nella clinica non ufficiale. Si tratta del "il Disturbo post-traumatico da stress complesso", riferibile a soggetti esposti in età evolutiva a traumi multipli e ripetuti di natura interpersonale, condizione che riguarda molti dei pazienti borderline che più mettono alla prova i professionisti.

L'aspetto più caratteristico di questa sindrome è l'inclusione, nel concetto di DPTS, di sintomi tradizionalmente associati all'asse II quali: dissociazione, somatizzazione, instabilità affettiva, disturbi dell'identità e dei confini della persona, comportamenti autolesionistici, comportamento sessuale impulsivo e a rischio, difficoltà nella modulazione della rabbia e degli affetti, coinvolgimento cronico in relazioni disfunzionali e frustranti, sintomi intrusivi di particolare gravità.

Non tutti i soggetti che sono stati esposti ad eventi traumatici sviluppano questa sindrome. Molti sono i fattori che concorrono nel rendere un soggetto più o meno resiliente ossia capace di reagire in modo efficace allo stress traumatico.

Il concetto di "resilienza" si riferisce ad un tratto complesso della personalità in cui convergono molteplici fattori di varia natura (temperamentali, cognitivi, emotivi, familiari, sociali, culturali, educativi, esperienziali, spirituali) che, con la loro azione congiunta, mobilitano le risorse dell'individuo per difendersi e superare l'impatto causato da eventi stressanti o traumatizzanti. L'azione della resilienza può dunque essere paragonata a quella del sistema immunitario con cui il nostro organismo risponde alle aggressioni dei batteri. Di fronte agli eventi stressanti, la resilienza dà luogo a risposte flessibili difensive e riparative che si adattano alle diverse circostanze ed esigenze del momento.

Vorrei ora portare l'attenzione alle caratteristiche che rendono riconoscibili, nel lavoro socio-psico-educativo con pazienti traumatizzati, le reazioni di transfert, intendendo con questo termine l'insieme dei sentimenti, emozioni e vissuti che essi provano verso l'operatore come riedizione di esperienze infantili.

Potrei sintetizzare le caratteristiche del transfert traumatico in questi aspetti:

- difficoltà nel costruire e nel mantenere l'alleanza di lavoro
- intensità e oscillazione dei movimenti transferali
- aspettative idealizzate verso l'operatore
- utilizzo intenso della comunicazione preconsa e paraverbale con la quale il soggetto parla della propria vulnerabilità e di quella dell'operatore
- richiesta inconsapevole e ambivalente di ricostruire una relazione di dominio-sottomissione
- dinamiche di erotizzazione della relazione di aiuto con soggetti che hanno subito traumi di natura sessuale.

Per quanto riguarda il problema dell'alleanza di lavoro, risulta fondamentale restituire al paziente traumatizzato un senso di potere e di controllo su di sé.

Abram Kardiner (Kardiner, Spiegel, 1947) ha definito il ruolo del terapeuta come quello di un "assistente del paziente", il cui obiettivo è quello di aiutarlo a ristabilire un senso di controllo del Sé e di efficacia dell'io attraverso il ripristino delle facoltà psichiche danneggiate dall'esperienza traumatica. Tali facoltà comprendono:

- la fiducia di base nel senso di Winnicott e di Bowlby
- la capacità di autonomia, iniziativa e competenza nel senso di Erickson
- un senso di identità coeso e la capacità di intimità nel senso di Kernberg.

La difficoltà di creare un'alleanza di lavoro con il soggetto traumatizzato nasce direttamente dall'esperienza, che egli ha fatto, di minaccia alla sua integrità psicofisica e dal danno che ne ha riportato nella fiducia di base.

Tutti noi sappiamo razionalmente che un giorno moriremo così come sappiamo che potrebbero capitarci delle cose terribili (malattie, incidenti, calamità naturali...) ma siamo altrettanto fiduciosi che ciò non ci accadrà. Perché? Perché abbiamo un senso di fiducia nella prevedibilità della vita e nella continuità del nostro senso di sicurezza alimentato dagli oggetti buoni interni ai quali continuiamo ad attribuire quella funzione protettiva che figure allevanti competenti hanno svolto per noi. Emotivamente, noi sentiamo che non ci capiterà nulla che non sia in nostro potere fronteggiare.

Il soggetto traumatizzato invece conosce, non razionalmente ma per esperienza, la propria vulnerabilità e questo lo fa sentire un diverso, estraniandolo dalla collettività.

Non è rara l'evenienza che il soggetto, specie se in età evolutiva o adolescenziale, fatichi a costruirsi anche, sul piano cognitivo, una rappresentazione del Sé come traumatizzato. La capacità di mentalizzare si flette sotto la spinta della traumaticità fino a venire meno: al suo posto restano fatti concreti, del tutto spogliati dei loro significati, ed isole frammentate di memoria sensoriale o emozionale. Mi riferisco, per esempio, ai bambini vittime di ripetuti abusi i quali non riescono a chiedere aiuto in modo attivo anche perché incapaci di comprendere che cosa stia loro accadendo. Il crollo della capacità di pensare, in termini simbolici, alle vicissitudini traumatiche spiega perché esse restino spesso incapsulate come corpi estranei nella mente, in aree dissociate.

Uno dei compiti più importanti affinché l'lo traumatizzato possa avviarsi alla guarigione consiste dunque nell'attribuire un senso a ciò che è accaduto così da poter integrare nella comprensione, prima cognitiva e poi esperienziale, la traumaticità e le sue conseguenze. Questa assimilazione consente al soggetto di poter pensare al trauma anziché limitarsi a risperimentarlo attraverso i sintomi intrusivi.

Trovare un significato consente anche di valutare la realtà esterna in termini più realistici reintegrando gli eventuali aspetti di Sé proiettati.

Il soggetto traumatizzato si trova spesso a dover risolvere il dilemma fra il chiedere aiuto e quindi tornare in qualche misura a concedere fiducia ed il rimanere isolato, prigioniero dei propri vissuti di impotenza.

Costruire un'alleanza di lavoro è dunque un compito arduo per l'operatore che deve aspettarsi momenti di caduta della collaborazione e momenti di sfida e provocazione che hanno l'obiettivo di attaccare la relazione per verificarne la solidità.

La vera scommessa è quella di riuscire ad essere una base sicura per poter riparare quel senso di sicurezza primaria che è andato perso o che non è mai stato sperimentato ed interiorizzato.

Il soggetto avrà bisogno di costruirsi delle certezze rispetto alla forza dell'operatore ed il banco di prova sarà costituito dal racconto dettagliato o dalla messa in scena delle vicissitudini traumatiche. Si tratta di un passaggio fondamentale, ad elevata valenza riparativa, in cui la coppia è esposta a molti rischi anche per l'intensità dei movimenti transferali e controtransferali.

Un'evenienza che può verificarsi è che il soggetto cerchi sollievo dal suo disperante senso di impotenza idealizzando l'operatore e trasformandolo in un salvatore onnipotente in grado di restituire la condizione di sicurezza perduta o mai provata.

Quando arriva il momento in cui l'operatore non riesce ad essere all'altezza delle aspettative dell'utente, questi può reagire in modo furioso. Il discostarsi, seppur momentaneo, dell'operatore dal ruolo che gli viene attribuito, ossia quello di essere il garante della sicurezza, può suscitare

nell'utente una reazione simile a quella che aveva avuto Anna con me, se ripensate alla terza situazione di cui vi ho parlato. Il mio ritardo era stato vissuto dalla paziente come un averla fatta ricadere in un'improvvisa ed intollerabile situazione di insicurezza paragonabile a quella di un bambino che, nell'andare a letto, non trovasse ad aspettarlo il suo orsacchiotto. In quel caso, per ripristinare il contatto con Anna sarebbe stato sufficiente empatizzare con questo suo impellente bisogno. Invece il mio spiegarmi, il mio razionalizzare, come tentativo di respingere le colpe che mi venivano attribuite, non aveva fatto altro che lasciare la paziente recriminante ancora più sola ed incompresa.

Tornando alle caratteristiche del transfert traumatico, vorrei dire qualche parola riguardo ad un'altra possibile configurazione.

Si tratta di un'inconscia tendenza del soggetto a spingere la relazione con l'operatore verso la ripetizione di una dinamica di dominio-sottomissione. Può dunque succedere che, mediante meccanismi proiettivi, vengano attribuite all'operatore intenzioni di prevaricazione, di sopraffazione, che consentirebbero al soggetto di rimanere aggrappato al proprio ruolo passivo di vittima, risparmiandogli la fatica del processo integrativo ed elaborativo della sofferenza post-traumatica. In queste circostanze, non è infrequente osservare l'utilizzo di un sotterraneo, segreto, atteggiamento manipolatorio da parte del soggetto che, facendo leva sui limiti umani e professionali dell'operatore (che tiene sempre sotto strettissima sorveglianza) cerca di fargli reinterpretare degli aspetti vittimizzanti della relazione di sopraffazione subita.

Con questo bisogno, una mia paziente adulta (che è stata esposta a gravi maltrattamenti da parte del padre che improvvisamente la picchiava e la chiudeva fuori di casa) si lamenta ciclicamente, uso le sue parole, "per avere sempre a disposizione nella psicoterapia un'atmosfera affettiva e rispettosa dei suoi tempi di elaborazione". Questo la porta a cercare all'esterno del setting l'intervento di figure potenti e perverse quali guaritori o presunti padri spirituali che la sconvolgono con interventi interpretativi o ritualità a valenza sadica che riproducono appunto la dinamica di dominio subita per tutta l'infanzia.

L'impossibilità di manipolare la relazione terapeutica in questo senso la fa sentire profondamente ambivalente ed a tratti furiosa nei miei confronti: da una parte avverte tutta la potenzialità riparativa e trasformativa di una relazione basata sul rispetto dell'Altro ma, dall'altra, la costringe a fare la fatica di costruirsi un'identità che integri l'essere stata maltrattata senza farne il punto di forza del Sé.

Dedichiamoci ora ad esaminare le caratteristiche del controtransfert traumatico ossia dell'insieme delle reazioni emotivo-affettive che l'operatore sviluppa sia in risposta al transfert del soggetto traumatizzato che del trauma che questi ha subito.

Per poter analizzare le specificità del controtransfert traumatico, cominciamo con il dire che il trauma è contagioso. Il lavoro prolungato con soggetti traumatizzati mette l'operatore in una condizione di rischio di quella che la letteratura definisce la "traumatizzazione secondaria o vicaria". Con questa espressione ci si riferisce all'insieme di sintomi e reazioni, paralleli a quelli del disturbo post traumatico da stress, che possono sorgere nell'operatore in seguito all'esposizione indiretta e prolungata ai traumi subiti dai suoi pazienti.

Cerchiamo dunque di capire in che modo l'operatore può sviluppare una traumatizzazione vicaria e quali siano i segni che ci permettono di identificare questa costellazione.

Una prima osservazione riguarda l'uso, da parte dell'operatore, dell'empatia e dell'identificazione come strumenti per sintonizzarsi con il proprio paziente. A questo proposito risulta fondamentale, per la tutela del professionista, che egli vigili costantemente sulla distanza relazionale che tiene con il paziente aggiustandola (avvicinandosi e ritirandosi) non solo in ragione dei bisogni di

quest'ultimo ma anche dei propri. E' necessario infatti che l'operatore faccia della propria vulnerabilità uno strumento di lavoro e dell'impotenza un segnale di allarme che lo riporta ad essa. Conoscere i propri limiti, le proprie fragilità, le eventuali esperienze traumatiche subite, la propria capacità di tollerare la sofferenza credo che sia l'unico modo per poter trasformare il senso di vulnerabilità in un prezioso alleato che ci riporta costantemente al bisogno che abbiamo di sentirci sufficientemente sicuri e di proteggerci da ciò che travalica le nostre forze. Si tratta, in altre parole, di costruirsi una mappa interiore della propria resilienza, ossia della capacità di reagire ai pericoli ed alle traumaticità. Certo non ci sono confini netti e dati una volta per tutte: è piuttosto un lavoro in divenire che sempre dovrebbe accompagnare la nostra attività professionale.

Se ritornate alla prima situazione di impotenza che vi ho raccontato, quella che si riferisce al momento di incontro con la ragazza tetraplegica, posso ora commentare ciò che mi era accaduto dicendo che quell'esperienza mi ha aiutato a rendermi conto di non essere adatta al lavoro con soggetti con gravi handicap fisici perché rischio di rivivere un angoscioso senso di impotenza che ho provato a 5 anni per un'importante miopia che ancora oggi mi impedisce di fare alcunché senza occhiali o lenti a contatto. Nella mia mappa interiore ho dunque contrassegnato l'handicap come un'area di lavoro ad alto rischio.

Attraverso la modulazione dell'empatia, come strumento di ascolto, e dell'identificazione come modalità di conoscenza è possibile invece tollerare i vissuti di impotenza che ci suscita il soggetto traumatizzato. Tollerare significa avere la possibilità di compiere quel lavoro di integrazione che la deflagrazione prodotta dal trauma ha prodotto nello psichosoma di chi è stato esposto. I ricordi traumatici hanno infatti la particolare caratteristica di essere molto frammentati: sono spesso pure sensazioni (immagini visive, un odore, un rumore...), pensieri isolati dalle emozioni, stati emotivi di insopportabile dolorosità... Se l'operatore riesce ad entrare in contatto con tutto ciò, tenendosi in bilico fra l'impotenza e la consapevolezza di ciò che sta succedendogli, può offrire al soggetto una prima possibilità trasformativa. Un commento che spesso il professionista raccoglie dopo uno di questi momenti è: "Non pensavo che Lei ce l'avrebbe fatta a sopravvivere al mio racconto o a questa situazione così angosciante". Il solo essere testimoni di quanto accade al soggetto quando entra in contatto con una parte, un frammento, oppure con l'intera esperienza traumatica mette a prova l'integrità dell'operatore ed il soggetto lo sente. La condivisione di questa esperienza di rischio, nella sicurezza offerta dalla relazione di aiuto, comincia ad agire in senso trasformativo perché ripristina un legame con la collettività che il trauma aveva reciso: finalmente il soggetto traumatizzato non si sente più solo. C'è un testimone che può assisterlo nei suoi sforzi riparativi.

Restituisce inoltre un senso di efficacia alla vittima che sente la vulnerabilità del professionista e la capacità di questi di tollerarla, di reagire e di sopportare. Il soggetto traumatizzato può allora identificarsi e fare propria la capacità dell'operatore di accettare di non avere il controllo su quanto accade intorno a lui ma di poter reagire alle situazioni, anche a quelle che lo rendono impotente. In questo modo si può trasformare una condizione subita di impotenza in un'esperienza di impotenza come processo maturativo del Sé che si scopre vulnerabile ma capace di reagire cioè efficace.

Diversa invece la situazione in cui l'operatore venga sorpreso, non tanto dall'esposizione indiretta al trauma, quanto dalla propria vulnerabilità. A quel punto prevale certamente un istintivo bisogno di difendersi che può assumere varie forme, come si è visto negli esempi che vi ho portato.

- la fantasia di salvezza o di risarcimento

- le violazioni del setting
- le fantasie di vendetta o
- l'identificazione con l'aggressore.

Anche agli operatori più esperti può accadere di sentirsi improvvisamente incompetenti, inadeguati, profondamente sfiduciati nelle proprie capacità professionali.

La loro esposizione a traumi ripetuti può infatti causare, nel tempo, un effetto cumulativo che corrode il senso di autoefficacia professionale.

Tra gli studiosi americani che, negli anni '80, si sono occupati della traumatizzazione vicaria, vorrei ricordare Charles Figley, psicologo e psicoterapeuta familiare, fondatore dell'Istituto di Traumatologia della Florida.

Con il termine di "compassion fatigue" (affaticamento empatico o traumatizzazione vicaria) ha voluto indicare l'effetto specifico che la relazione con il soggetto gravemente traumatizzato può avere sull'operatore. I sintomi che quest'ultimo può sviluppare sono molteplici e sovrapponibili a quelli che il DSM IV ascrive al quadro del DPTS.

Si tratta dunque di una sintomatologia che può riguardare:

- l'area cognitiva (con difficoltà di concentrazione, rigidità, disorientamento, pensieri dannosi su di sé e su gli altri...);
- l'area del comportamento (irritabilità, ritiro in se stessi e dalle attività, ipervigilanza...)
- l'area somatica (difficoltà respiratorie, problemi cardiaci, vertigini, aumento del numero e dell'intensità delle malattie...)
- l'area relazionale-affettiva (abbassamento del tono dell'umore, ansia, senso di colpa, sentimenti di impotenza e di rabbia...).

Figley ci propone un modello multifattoriale del processo di sviluppo dell'affaticamento empatico.

Lo studioso ha indicato tre condizioni di rischio per l'operatore:

- l'esposizione alla sofferenza di tipo traumatico
- l'utilizzo della sua capacità empatica
- la sua motivazione a svolgere una professione di aiuto.

La risposta empatica dell'operatore è il risultato dell'attivarsi simultaneo di questi 3 fattori ed ha l'obiettivo di ridurre la sofferenza del soggetto traumatizzato. Con il prolungarsi di questo sforzo riparativo, l'operatore rischia di sviluppare una condizione di stress empatico residuo. Sono due i fattori che possono intervenire su questo rischio nel senso di ridurlo o ampliarlo. Si tratta:

- della capacità dell'operatore di distanziarsi emotivamente dalla sofferenza del soggetto;
- e della capacità dell'operatore di provare soddisfazione per la qualità del suo lavoro.

Nel caso in cui il professionista non riesca ad intervenire adeguatamente per gestire questo stress residuo entra nella zona di rischio per la condizione dell'affaticamento empatico.

Figley teorizza infatti una possibile interazione fra lo stress residuo e i seguenti tre fattori:

- la condizione di esposizione prolungata alla sofferenza traumatica
- pregresse memorie e reazioni traumatiche dell'operatore
- improvvisi cambiamenti negativi nelle abitudini di vita dell'operatore (malattie, separazioni, lutti...).

La traumatizzazione vicaria è l'esito dell'azione congiunta di queste variabili.

Possiamo dunque capire perché sia fondamentale per una "buona manutenzione" della professionalità dell'operatore vigilare sullo stress residuo: se il livello si innalza e si mantiene elevato, si configura il rischio appunto della traumatizzazione vicaria.



Il venire infatti a conoscenza delle drammatiche vicissitudini traumatiche subite dai pazienti può danneggiare:

- la capacità dell'operatore di avere fiducia nella realtà, nella collettività, nelle figure che hanno ruoli di responsabilità
- il senso di sicurezza interiore che poggia anche sui residui di idealizzazione delle esperienze infantili
- la motivazione a svolgere una professione di aiuto
- la percezione dell'autoefficacia professionale.

Viceversa, riuscire a continuare ad occuparsi di soggetti traumatizzati, può offrire all'operatore adeguatamente formato e tutelato, l'opportunità di rinforzare la sensazione e la consapevolezza della propria capacità professionale di fronteggiare le difficoltà che via via si presentano. L'incontro con l'impotenza, come segnale appunto di vulnerabilità, è inevitabile e, come ho cercato di argomentare oggi, prezioso e protettivo anche se doloroso.

Accettato con questa prospettiva, esso può dunque essere la premessa per quel lavoro di integrazione, volto a ricomporre ciò che la deflagrazione del trauma ha frammentato, e di trasformazione del Sé che può scoprirsi capace di reagire.

Vorrei concludere questo mio intervento con le parole che mi disse una ragazzina di 12 anni al termine di una drammatica rivelazione di abuso: "Ti ringrazio per aver potuto ascoltare, per essere rimasta in questa stanza, perché mi guardi ancora in faccia. Perché ce l'abbiamo fatta insieme. Ora mi sento viva e penso che il peggio sia passato. So che ce la posso fare".

Questo è ciò che noi possiamo offrire ai nostri pazienti traumatizzati: la possibilità di costruire delle esperienze che abbiano dei significati e che siano al servizio di una nascente capacità del Sé di sentirsi sicuro perché conosce la propria vulnerabilità e la usa, al meglio delle sue possibilità, per proteggersi.

Vi lascio con l'invito di dedicare qualche minuto di tempo alla vostra vulnerabilità e, da questa prospettiva, riguardare a quella situazione professionale che vi aveva fatto sentire impotenti.

Vi suggerisco di prestare ascolto alle emozioni che si affacciano senza stare troppo a pensare. Sarà sufficiente annotare qualcosa per poter vedere se c'è stato o se ci potrà essere qualche tipo di cambiamento.

## BIBLIOGRAFIA

- Correale A., *Il campo istituzionale*. Roma, Borla, 1991.
- Correale A., *Area traumatica e campo istituzionale*. Roma, Borla, 2006.
- Figley, C. R. (2002). *Treating Compassion Fatigue. In the Psychosocial Stress Book Series*. New York, Brunner-Rutledge.
- Figley C.R. (2006). *Mapping the Wake of Trauma: Autobiographical Essays by the Pioneers of Trauma Research*. In the Psychosocial Stress Book Series. New York, Routledge.
- Garland C. (1998) *Comprendere il trauma*. Tr. It. Paravia, Bruno Mondadori Editore 2001.
- Ghisotti N., Se io parlo, tu mi puoi ascoltare? In *Officina makig reality* (a cura di) *Lupus in fabula. Prevenire l'abuso sui minori*. ASL n.1 Provincia di Milano e Il Cerchio, Centro di prevenzione del maltrattamento e dell'abuso all'infanzia, 2006.
- Ghisotti N., Progetti di tutela per minori in età evolutiva: integrazione tra ruoli e percorsi istituzionali. In Vigorelli M., (a cura di) (2005) *Il lavoro della cura nelle istituzioni*, op. cit.
- Herman, J.L. (1992) *Guarire dal trauma*. . It Roma, Edizioni Magi, 2005.
- Herman, Perry e Van der Kolk (1989) Childhood Trauma in Borderline Personalità Disorder, "*American Journal of Psychiatry*", 146, pp. 409-95.
- McWilliams N. (1994) *La diagnosi psicoanalitica*. Tr. It. Roma, Astrolabio 1999.
- Putnam F.W. (1989) *Diagnosis and treatment of Multiple Personalità Disorder*, New York Guilford Press.
- Roccia C., (a cura di) *Riconoscere e ascoltare il trauma*. Franco Angeli, Milano 2001.
- Van Der Kolk B., McFarlane A.C., Weisaeth L., (1996) *Stress traumatico*. Tr. It Roma, Edizioni Magi, 2004.
- Vigorelli M., (a cura di) (2005) *Il lavoro della cura nelle istituzioni*, Franco Angeli, Milano