

L'approccio psicoterapeutico alle vittime di violenza: una prospettiva fenomenologica

Luca Cimino*

Riassunto

L'autore affronta il problema della psicoterapia della vittima di violenza indicando i principi generali che ne devono guidare lo svolgimento e proponendo, fra i vari modelli possibili, un paradigma di cura fenomenologicamente fondato che, per le sue intrinseche caratteristiche, appare particolarmente idoneo a consentire quell'adattamento umano agli eventi traumatici che rappresenta l'avvio di ogni processo di guarigione.

Résumé

L'auteur aborde le problème de la psychothérapie chez la victime de violence en indiquant les principes généraux qui doivent guider son déroulement, et en proposant, parmi les différents modèles possibles, un paradigme de traitement phénoménologiquement fondé. Ce dernier paraît, pour ses caractéristiques intrinsèques, particulièrement approprié à l'adaptation des individus après les événements traumatiques, qui représente le début de chaque processus de guérison.

Abstract

The author addresses the problem of psychotherapy of victims of violence indicating the general principles that should guide its development thus proposing a phenomenological perspective as one of the possible models. Owing to its intrinsic characteristics, this perspective seems particularly appropriate to allow that sort of human adaptation necessary to begin a healing process after encountering a traumatic event.

*“Date parole al dolore: il dolore che non parla bisbiglia al cuore sovraccarico e gli ordina di spezzarsi”
W. Shakespeare (Macbeth, atto IV, scena III)*

* Medico-Chirurgo, specialista in Medicina Legale, specialista in Medicina Generale, specialista in Psicoterapia, specializzando in Psichiatria. Università degli Studi di Bologna.

1. Introduzione.

Le vittime di violenza presentano frequentemente ripercussioni psico(pato)logiche rilevanti, con compromissione del funzionamento socio-relazionale e familiare. Dalla letteratura di settore emerge ormai univocamente l'esistenza di una stretta correlazione fra esperienze traumatiche¹ (in particolare subite durante l'infanzia) e messa in atto di meccanismi di difesa² (dissociazione, scissione, rimozione) che, all'interno della gamma di possibilità individuali ed ambientali (maturità,

¹ Per "trauma psicologico" intendiamo una reazione psichica causata da un fattore traumatico (*stressor*) che comporta l'esperire da parte del soggetto che ha subito violenza di emozioni angoscianti e soverchianti foriere di una disorganizzazione e disregolazione del sistema psicobiologico della persona; l'entità e la consistenza di una esperienza traumatica dipendono dalla vulnerabilità e dalla resilienza individuale, che trovano nella tipologia delle relazioni primarie (*alias* stili di attaccamento) il fondamento su cui si organizzeranno gli schemi affettivi-ideativi che determineranno lo sviluppo di adeguate o meno capacità di elaborazione dei vissuti stressanti (cfr. Caretti V., Craparo G., "La disregolazione affettiva e la dissociazione nell'esperienza traumatica", in Caretti V., Craparo G. (a cura di), *Trauma e psicopatologia. Un approccio evolutivo-relazionale*, Astrolabio, Roma, 2008).

² La dissociazione, la scissione e la rimozione rappresentano meccanismi di difesa attuati dall'Io nel tentativo di preservare l'integrità psichica dagli effetti di un evento traumatico. In particolare la dissociazione e la scissione rappresentano difese "primitive" ove la prima si caratterizza per una rottura nelle funzioni, solitamente integrate, di coscienza, memoria, percezione del Sé e dell'ambiente, mentre la seconda per una compartimentalizzazione di opposti stati affettivi e per una mancata integrazione dell'esperienze del Sé e dell'altro in immagini coesive. La rimozione, invece, appartiene alle c.d. "difese di alto livello" (nevrotiche) e consiste nella rimozione di idee o di impulsi inaccettabili nei confronti di dati stati interni (a differenza del diniego che riguarda, invece, dati sensoriali esterni), attraverso un blocco del loro accesso alla coscienza (cfr. Gabbard G.O., *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2007).

adattabilità, contesto, integrazione, etc.), possono portare allo sviluppo di numerosi quadri psicopatologici (disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi di somatizzazione, disturbo post-traumatico da stress (PTSD)³, disturbi di personalità, abuso di sostanze, disturbi dell'alimentazione)⁴. A tale riguardo gli studi condotti in merito⁵ hanno evidenziato come la valutazione dell'evento o le emozioni provate nell'immediatezza o subito dopo il trauma possono condizionare lo sviluppo di un quadro psicopatologico piuttosto che un altro; in particolare mentre la paura ed il sentimento di impotenza provato durante la violenza potrebbero determinare lo sviluppo di disturbi d'ansia, il senso di colpa faciliterebbe l'insorgere di quadri

³ Il Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) raffigura un quadro psicopatologico che può essere ricompreso nell'ambito delle cosiddette "reazioni ad eventi", in quanto rappresenta un disturbo d'ansia che si genera a seguito dell'esposizione ad un fatto traumatico "estremo" e che comporta lo sviluppo immediato o successivo di una sintomatologia specifica, che, secondo il DSM IV-TR, si caratterizza per la presenza di tre gruppi di sintomi principali: persistente riesperienza dell'evento traumatico; persistente esitamento ed intorpidimento emozionale; iperattivazione. Lo sviluppo di un PTSD risente di precise differenze individuali nella capacità di fronteggiare la *noxa* stressante, le quali, condizionando la modalità con cui i processi emotivi e cognitivi "filtrano" l'esperienza traumatica, rendono alcuni individui più di altri vulnerabili all'insorgenza del disturbo stesso.

⁴ Balestrieri M., Hijazi K., Corsaro M., Pera V., Ciano R.P., "Disturbi d'ansia", in Balestrieri M., Bellantuono C., Berardi D., di Giannantonio M., Rigatelli M., Siracusano A., Zoccali R.A., *Manuale di psichiatria*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2007; Bramante A., Gimosti E., "Violenza e disturbo post-traumatico da stress", in Mencacci C., Anniverno R. (a cura di), *Le patologie psichiatriche nelle donne*, Pacini Editore, Pisa, 2007.

⁵ Balestrieri M., Hijazi K., Corsaro M., Pera V., Ciano R.P., *op. cit.*; Caretti V., Craparo G., *op. cit.*; Lingiardi V., Di Bei F., "La terapia come processo di umanizzazione: sogno e memoria nell'analisi di una paziente traumatizzata", in Caretti V., Craparo G. (a cura di), *Trauma e psicopatologia. Un approccio evolutivo-relazionale*, Astrolabio, Roma, 2008.

depressivi. I disturbi ansioso-depressivi risultano essere i quadri clinici più frequentemente associati ad eventi traumatici, tali da rappresentare spesso *focus* primari rispetto allo sviluppo di un PTSD, la cui insorgenza sembra correlata più frequentemente alla comparsa di esperienze dissociative peritraumatiche.

Un elemento comune allo sviluppo di quadri psicopatologici correlati ad esperienze traumatiche è rappresentato dalla loro tendenza alla cronicizzazione, con compromissione del funzionamento globale della persona e possibile sviluppo di comportamenti maladattativi secondari (quali, ad esempio, l'abuso di sostanze), per evitare i quali appare di fondamentale importanza una precoce identificazione ed una azione tempestiva caratterizzata da un rapido e corretto approccio di sostegno e di intervento psicoterapeutico⁶.

2. Psicoterapia e “cura fenomenologica”.

La vittima di una violenza non può essere reificata ad “una persona offesa dal reato”, ma deve essere considerata come un individuo *patiens*, sofferente, che in seguito all'offesa patita ha subito un cambiamento significativo della sua storia di vita. La sofferenza, al di là della tipologia del torto di cui la persona è stata oggetto, rappresenta il “*fil rouge*” che accomuna qualsiasi vittima in quanto tale, quella sofferenza che nasce dall'esperienza traumatica subita e che affinché non diventi di per sé stessa alienante, perché possa considerarsi risolta, non cristallizzandosi in un'angoscia foriera di conflitti non superati, occorre che venga

amalgamata nel tessuto narrativo-biografico del soggetto stesso, inclusa nella continuità del proprio arco esistenziale. Colui che ha subito una violenza chiede, a chi si prende cura di lui, di ricomporre i frammenti, di ricostruire una storia, di dare un senso ai suoi sintomi di oggi alla luce degli eventi di ieri, in modo da ristabilire quei legami fra l'individuo e la comunità che il trauma subito ha interrotto. Il principale strumento che possa compiutamente permettere questa operazione è la possibilità che la vittima, attraverso l'ascolto e la comprensione umana, possa comunicare questa sofferenza e che, in un rapporto empatico-dialogico, nel suo significato più profondamente euristico, possa, attraverso la narrazione, giungere all'elaborazione dell'esperienza, elemento questo irrinunciabile per un compiuto superamento dell'evento traumatico stesso⁷.

Al di là delle singole tecniche psicoterapeutiche impiegate (psicoeducazione, esplorazione cognitiva, esposizione comportamentale, approccio psicodinamico, *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR)⁸, etc.)

H., *Nascere alla follia. Un approccio agli esordi psicotici*, Edizioni Magi, Roma, 2002.

⁷ Di Petta G. (a cura di), *Fenomenologia: psicopatologia e psicoterapia*, Edizioni Universitarie Romane, Roma, 2009; Muscatello C.F., *Argomenti di psichiatria*, Tipografia ALFA-BETA, Bologna, 1997; Muscatello C.F., Spigonardo V., Scudellari P., “La psicopatologia interroga la fenomenologia. Antichi problemi e nuove prospettive”, in *Psichiatria Generale e dell'Età Evolutiva*, 3-4: pp. 157-165, 2009.

⁸ L'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) rappresenta un trattamento supportato empiricamente ed *evidence-based* per il PTSD, focalizzato sul ricordo dell'esperienza traumatica. Il fondamento di tale tipologia di trattamento è costituito dall'assunto che, non essendo l'informazione legata ad esperienze traumatiche o stressanti elaborata completamente, le percezioni iniziali saranno immagazzinate essenzialmente come sono state nell'*input*, ovvero assieme con pensieri distorti o percezioni spiacevoli sperimentate al momento

⁶ Balestrieri M., Hijazi K., Corsaro M., Pera V., Ciano R.P., *op. cit.*; Bramante A., Gimosti E., *op. cit.*; Frances A., Ross R., *DSM-IV-TR. Guida clinica alla diagnosi differenziale*, Masson, Milano, 2006; Grivois

l'elemento comune che deve caratterizzare un intervento nei confronti di vittime di reato deve in primo luogo riconoscere l'altro come un soggetto che ha subito una violenza nella sua intimità ed integrità, in un contesto di perdita del controllo sugli eventi, che genera vissuti di grande sofferenza⁹. L'obiettivo psicoterapeutico nei confronti di vittime di reato è di rinforzare quelle aree dell'identità della persona che sono riuscite a mantenersi integre durante l'esperienza traumatica, aiutando a sviluppare una nuova "prospettiva" onde accompagnare la vittima nel riconoscimento e nel sollievo delle sue "ferite" psichiche. Per ottenere questo risultato il terapeuta deve creare, innanzitutto, uno spazio di empatia¹⁰

dell'evento. Questo modello interpretativo, definito "Adaptative Information Processing" (AIP), considera, all'origine del PTSD, una elaborazione ed immagazzinamento nella memoria di percezioni (immagini, pensieri, credenze, emozioni, sensazioni, odori, ecc.) correlate ad un evento/i passati avvenuta con modalità disfunzionali; il cambiamento terapeutico si otterrebbe, pertanto, tramite una *transmutation* di questi ricordi verso una risoluzione adattativa capace di determinare una rielaborazione cognitiva ed emotiva del ricordo dell'esperienza traumatica da parte del paziente, il quale, in tal modo, raggiungerebbe una visione più matura e funzionale dell'evento traumatico con conseguente eliminazione di emozioni e sensazioni disturbanti (cfr. Fernandez I., *Workshop EMDR. Level I Training*, Milano, 28-30 maggio 2010).

⁹ Particolarmente stringente a tale proposito il monito di Rossi Monti che invita a "non lasciarsi condizionare da scelte di campo che sono condizionate più dall'ideologia di chi cura che non dalla condizione reale del paziente, in quel particolare momento evolutivo" (cfr. Rossi Monti M., "Spettro bipolare e pleiomorfismo. Variazioni sul concetto di spettro", in *Psichiatria di Comunità*, V, 3, pp. 145-154, 2006).

¹⁰ Con il termine "empatia" (o il suo corrispettivo *Einfühlung*) intendiamo indicare quella "spinta imitativa" che porta l'uomo a riprodurre automaticamente le espressioni facciali degli altri, a provare in prima persona le emozioni associate a queste espressioni e ad attribuirle infine ad altri individui. L'empatia è una funzione psichica fondamentale nei rapporti tra simili ed una componente importante nella relazione psicoterapeutica favorita da tutta quella comunicazione non verbale (attività motoria: posture, movimenti delle mani, ecc.) presente

nel quale la vittima riesca a recuperare il controllo di sé stessa e della propria vita, presupposto questo per dare spazio alla parola (c.d. "rottura del silenzio") e promuovere un processo di significazione dell'esperienza traumatica. Per ottenere una relazione empatica, intesa come capacità di prendersi cura, di comprendere, di dare significato alla persona, è necessario parlare alla vittima con rispetto (ad esempio chiamandola per nome, lasciando che termini di parlare prima di prendere la parola, rispettarne il desiderio di parlare o di tacere), dando spazio all'espressione verbale e non verbale delle emozioni, in modo da rappresentarle in altre forme di significato, premessa per l'elaborazione dell'esperienza traumatica attraverso una "amalgamazione biografica" all'interno dell'arco esistenziale¹¹ della vittima¹². Il racconto della memoria traumatica, liberamente riportato dal soggetto, consentendo la libera espressione delle proprie paure e difficoltà, rappresenta, pertanto, un elemento indispensabile

nel *setting* (cfr. Di Petta G. (a cura di), *op. cit.*; Rossi Monti M., "Empatia psicoanalitica ed empatia naturale", in *Atque* 25/27, pp. 127-138, 2002-2003).

¹¹ L'acquisizione di una competenza autobiografica rappresenta uno degli obiettivi primari della terapia; infatti il trauma, colpendo lo sviluppo della funzione riflessiva e dell'attività metacognitiva, riduce notevolmente la capacità narrativa e la competenza autobiografica del soggetto che, impossibilitato a trovare una narrazione capace di contenere il dolore della violenza subita, non racconta l'esperienza o aderisce a storie rigide ed impersonali quale difesa distanziante. La capacità di raccontare la propria esperienza traumatica all'interno della personale storia biografica costituisce pertanto una prova dell'efficacia della psicoterapia che, come sosteneva Winnicott, rappresenta "una forma molto ampliata di anamnesi" (cfr. Winnicott D.W. (1965), *Sviluppo affettivo ed ambiente*, Armando, Roma 1968).

¹² Lingiardi V., Di Bei F., *op. cit.*; Muscatello C. F., *op. cit.*; Muscatello C.F., Spigonardo V., Scudellari P., *op. cit.*; Valdez Perez F., "Trauma e richiedenti asilo", in Relazione presentata all'evento formativo *Trauma e*

per dare inizio all'elaborazione del trauma stesso affinché la vittima possa, attraverso il recupero della propria identità nella sua dimensione sincronica e diacronica, riappropriandosi della propria *ipseità/idemità*¹³, promuovere un'autodefinizione di sé come "sopravvissuto" e non come "vittima", riscattando il passato per accettare il presente e progettare il proprio futuro, onde ricostruire nuove forme e modalità di interazione presupposto per poter partecipare in modo soddisfacente ad una vita relazionale.

La storia individuale che si viene in tal modo a delinearsi, rappresenta un "testo" da ascoltare, da cui emerge la propria specificità, con la continuità di senso che l'evento traumatico ha interrotto: compito del terapeuta è ricostruire l'intelligibilità narrativa intrinseca di ogni evento psicopatologico e umano, ricomponendo in una unità e orientando secondo un "progetto di mondo" l'esperienza della vittima. L'elevato carico affettivo portato dall'ascolto dell'esperienze traumatiche delle vittime di reato può, tuttavia, risvegliare nei terapeuti emozioni che possono sfociare in tendenze ad essere iperprotettivi o ad identificarsi eccessivamente con i pazienti. Tale situazione, legata al contenimento di queste emozioni operate dal terapeuta stesso, può portare ad un

ascolto: per una memoria utile, Bologna, 14 gennaio 2011.

¹³ Per la psicopatologia fenomenologica l'identità si compone di due strutture: l'"ipseità" e la "medesimezza" (*idem*); mentre l'*ipseità* indica il polo ontologico dell'identità umana, l'identità dell'essere se-stesso, l'identità *idem* (*idemità*), invece, indica l'identità di essere il medesimo, lo stesso in una continuità temporale, identificandosi per alcuni aspetti con l'identità di ruolo. Mentre le nevrosi non investono l'*ipseità*, ma si sviluppano sul piano dell'*idemità*, ovvero dell'essere diacronico, le psicosi, invece, si caratterizzano per una destabilizzazione del piano ontologico dell'essere (*ipseità*), ovvero del "luogo" dell'autenticità dell'individuo (cfr. Di Petta G. (a cura di), *op. cit.*).

logoramento fisico ed emotivo; appare pertanto importante per il terapeuta usufruire di spazi di supervisione e di riflessione, oltre a ricorrere ad un trattamento psicoterapeutico personale, affinché questi vissuti controtransferiali possano emergere ed essere elaborati, non permettendo così a tali emozioni di interferire col processo di cura.

L'importanza di favorire l'espressione del trauma da parte della vittima attraverso qualsiasi tecnica psicoterapeutica, sia verbale che non verbale (racconto, disegni, scrittura, tecniche immaginative, "sogno ad occhi aperti"¹⁴, ipnosi, EMDR, ecc.), modulata sulla base delle necessità dell'utente, quale fattore fondamentale onde iniziare il percorso di guarigione, emerge anche dall'osservazione che persino l'impiego di terapie molto brevi come la "microterapia", limitate ad un'unica seduta (TUS), possono consentire l'avvio del processo di elaborazione del trauma¹⁵. Sebbene, dunque, nei confronti della vittima di una violenza possano essere impiegati vari orientamenti psicoterapeutici, a patto di rispettare i principi comuni testé analizzati, un approccio particolarmente utile in tale contesto appare, a nostro avviso, quello improntato su di un atteggiamento fenomenologicamente fondato, il quale, in occasione di una "incontro" clinico e umano, quale quello terapeuta-vittima, soffermandosi sulle parole del paziente,

¹⁴ Il "sogno ad occhi aperti" rientra fra le c.d. "tecniche immaginative" e consiste in una modalità di intervento psicoterapeutico, la cui origine viene fatta risalire a Robert Desoille (Besançon 1890-Paris 1966) che la definì con il termine di *Rêve éveillé dirigé*, basata sul presupposto che attraverso una visualizzazione creativa guidata, caratterizzata da uno stato simil-onirico ottenuto in condizione di veglia, sia possibile sollecitare mutamenti psico-fisiologici a scopo curativo.

¹⁵ Valdez Perez F., *op. cit.*

riconoscono la potenziale ricchezza di senso, tende a promuoverne una sintonizzazione (*attunement*) con i propri vissuti (*Erlebnisse*) ed un avvicinamento alle proprie emozioni ed al modo di esperire il mondo in modo immediato, ovvero non fuorviato da preconcetti esistenti¹⁶. In tal senso la psicoterapia di impostazione fenomenologica, poggiando sulla Fenomenologia intesa come scienza dei fenomeni vissuti che si danno con evidenza alla coscienza¹⁷, cerca di cogliere il senso delle esperienze vissute rimettendo in campo la coscienza del paziente nei suoi vari gradi di consapevolezza, nelle sue declinazioni e possibilità, ripartendo dal dato vissuto intersoggettivo ed intercorporeo generato dall'incontro, che, in quanto tale, risulta capace di innescare una serie di rimandi potenzialmente

¹⁶ Di Petta G. (a cura di), *op. cit.*

¹⁷ La fenomenologia psichiatrica (*rectius* psicopatologica) nasce ufficialmente con la pubblicazione nel 1913, da parte di K. Jasper (1883-1969), dell'opera *Allgemeine Psychopathologie* (trad. it., *Psicopatologia generale*, 1964), quale tentativo di comprendere e spiegare "l'accadere psichico reale e cosciente" distaccandosi dagli orientamenti organicistici e anatomo-patologici del positivismo psichiatrico e a varcare la dimensione descrittiva dei sintomi, accedendo all'analisi *strutturale* delle esperienze psicopatologiche. Il modello fenomenologico, nelle sue varie declinazioni descrittive (Jasper), clinico-strutturali (Bleuler, Schneider), atropo-eidetiche (Binswanger) e strutturali (Minkowski), rifiutando la dimensione decontestualizzata del sintomo, si rivolge al concetto di esperienza (vissuto) e al modo in cui le esperienze si articolano fra loro nella coscienza del soggetto, nell'esigenza di attribuire un significato, un senso al sintomo, considerato nella sua espressione storica ed individuale. L'atteggiamento fenomenologico non si rivolge, pertanto, alla ricerca di una spiegazione causale, tipica delle scienze naturali, ma alla comprensione, proprie delle scienze dell'uomo, che permetta di penetrare nella vita soggettiva del paziente attraverso l'ascolto alle parole e ai resoconti personali, espressione di singolari ed irripetibili modi di *essere-nel-mondo*, di "intenzionare" il mondo (cfr. Rossi Monti M. (a cura di), *Percorsi di psicopatologia*, FrancoAngeli, Milano, 2002).

trasformativi proprio perché attivi sul piano dell'intersoggettività e dell'intercorporeità.

La specificità della prassi psicoterapeutica di impostazione fenomenologica si caratterizza perché il terapeuta "sospende" il valore dei saperi acquisiti per rivolgersi al vissuto del paziente, così come questo si dà nell'immediatezza della relazione terapeutica, centrando su questa medesima relazione comunicativa un percorso di ricognizione e di conoscenza nel quale la persona è protagonista paritaria al terapeuta stesso. Tale approccio appare particolarmente utile nei confronti delle vittime di violenza ove il compito del terapeuta è accompagnare l'individuo, attraverso l'ascolto del vissuto e dell'esperienza traumatica, in una prospettiva evolutiva volta alla elaborazione e ristrutturazione dell'aspetto dissociativo che riveste un ruolo centrale nell'escludere dalla consapevolezza ricordi e stati d'animo associati al trauma, che tuttavia vengono rivissuti accompagnati da elevati livelli di ansia¹⁸. Per far questo l'elemento strutturante di un "incontro" fenomenologicamente fondato è dare ascolto all'esperienza traumatica ed iscriverla in un sistema dotato di senso: "ascoltare" e "vedere un senso" rappresentano le parole chiave di questa tipologia di approccio in grado di stimolare una comprensione emotiva ed una funzione riflessiva (*alias* capacità di mentalizzazione¹⁹), primi

¹⁸ Di Petta G. (a cura di), *op. cit.*; Lingiardi V., Di Bei F., *op. cit.*

¹⁹ Attività di "mentalizzazione" e "attività metacognitiva", afferiscono alla c.d. "Teoria della mente", termine con cui si indica quel costrutto teorico che studia la capacità dell'individuo di riconoscere gli stati mentali in sé e negli altri ed in base ad essi di spiegarne e prevederne i comportamenti. Mentre con il termine "mentallizzazione" si fa riferimento alla capacità di "pensare gli stati mentali" propri o altrui (sentimenti, desideri, intenzioni, etc.), con il termine di "metacognizione" si intende più propriamente la autoriflessività cognitiva, ovvero la capacità di

“anelli” responsabili delle seguenti trasformazioni evolutive del trattamento.

Gli strumenti fondamentali di un terapeuta fenomenologicamente fondato oltre all’empatia e all’immediata e continua capacità di declinarla verbalmente, la costante attenzione intenzionale per i vissuti e i messaggi del paziente, sono rappresentati dall’estrema pazienza, dalla capacità di attendere e superare i momenti morti e di *impasse* comunicativa, dal tempo di attendere lo stemperarsi dei sentimenti negativi e dall’assoluto autocontrollo verso la (propria) naturale tendenza a giudicare, a voler concludere.

Vi sono dei fattori terapeutici essenziali²⁰, propri di questa tipologia di approccio, che appaiono particolarmente indicati in un contesto psicoterapeutico rivolto alla vittima di violenza per la possibilità di ottenere nel paziente una graduale capacità di sostituire le protezioni dal dolore con una attività autoriflessiva che consenta di aprire nuove memorie emotive, nuove storie e possibilità foriere di schemi comportamentali, emotivi e cognitivi salutari. Fra di essi ricordiamo il “legame”, ovvero la riattivazione dell’esigenza di un legame affettivo, che contrasti la “tendenza mortale” della vittima di sparire, onde permettere il riaprirsi in una dimensione intersoggettiva; l’“*epochè*”, che consiste nell’evitare qualsiasi intervento sui valori, saper ascoltare i contenuti (le narrazioni) del paziente, con distacco

autoosservare e riflettere sui propri fenomeni mentali, di conoscere e dirigere i propri processi di apprendimento; entrambe queste fondamentali capacità umane risultano alla base della possibilità dell’uomo di mettersi in relazione con i suoi simili comprendendo e riflettendo sul proprio ed altrui comportamento (cfr. Fogany P., Target M. (1996), “Giocare con la realtà I) Teoria della mente e sviluppo normale della realtà psichica” in Fogany P., Target M., *Attaccamento e funzione riflessiva*, Cortina, Milano, 2001).

²⁰ Di Petta G. (a cura di), *op. cit.*

sufficiente ad evitare coinvolgimenti “naturalisti”²¹; la “neutralità”, in quanto il paziente non potendo più vivere in modo naturale la sua vita, ha bisogno di trovare un luogo neutro dove rispecchiarsi, riflettersi ed interrogarsi e cercare in orizzonti di possibilità la motivazione per poterla riaffrontare; l’essere “astinenti”, ovvero stabilire una relazione empatica e fiduciosa, non introducendo elementi propri (i propri valori, i propri *transfert* sulle teorie), nella quale il paziente possa lentamente rientrare in rapporto con parti perdute o latenti di sé, grazie alla presenza del terapeuta, in quanto “altro significativo”; la gestione del “tempo”, che rappresenta un fattore strutturale primario²² del rapporto psicoterapeutico caratterizzato dal saper far trascorrere il tempo, ovvero essere in grado di

²¹ In questo contesto la disponibilità fenomenica all’incontro, pur fondato su di una apertura empatica, deve mantenere una giusta distanza asimmetrica nella quale il paziente può sentirsi più sicuro, distanza che gli restituisca lo spazio necessario per la percezione della propria soggettività e/o per la ricostruzione della propria autonomia.

²² Sotto il profilo fenomenologico-esistenziale l’esperienza del tempo coincide con il senso di continuità e di durata dell’Io. Facendo riferimento all’opera del filosofo esistenzialista M. Heidegger (1889-1976), *Sein und Zeit* (prima edizione 1927, Halle, Germania; trad. it., *Essere e tempo*, 1953), in cui viene fondata l’equivalenza ontologica Io-Tempo, la psicopatologia antro-fenomenologica considera l’esperienza soggettiva del tempo l’elemento fondante nel quale l’Io si coglie nella sua unità (*ipseità*) e continuità (*idemità*) strutturale, tanto che le esperienze psicopatologiche, in particolare la psicosi, attraverso l’alterazione della percezione della temporalità nella sua declinazione cosmologica, cronologica ed esistenziale, rivelando un globale e profondo disestamento dell’Io, evidenziano l’ontologica coincidenza strutturale fra tempo e realtà stessa del Sè. Particolarmente importante, a tale riguardo, risulta la concezione di temporalità di E. Minkowski (1885-1972) che, rifacendosi alla filosofia intuizionista di H. Bergson (1859-1941), operando una distinzione fra “tempo oggettivo” e “tempo vissuto”, considera l’esistenza, il modo di *essere-nel-mondo*, in relazione a come viene declinato il fluire del “tempo della vita interiore”, la cui perturbazione può generare paradigmatiche esperienze psicopatologiche (cfr. Muscatello C.F., loc. cit. *sub* 7).

soportare il tempo del dolore, dell'angoscia, della stasi.

3. Conclusioni.

Le fasi fondamentali della guarigione da una violenza includono la costituzione di un saldo senso di sicurezza, la ricostruzione della storia del trauma ed il ripristino dei legami con la comunità; per ottenere questo obiettivo l'elemento fondamentale, all'interno di una psicoterapia della vittima, è rappresentato dal dialogo, inteso come quell'incontro caratterizzato dalla ricerca di autenticità, reciprocità, intersoggettività, bidirezionalità dello scambio che rappresenta il vero elemento nucleare di ogni interazione umana. In questo senso una psicoterapia fenomenologicamente fondata appare un approccio particolarmente utile nei confronti di vittime di reato, grazie alla capacità, mantenendo una comunicazione intima ed un'espressività autentica all'interno della relazione terapeutica, di garantire al paziente una presenza accompagnatrice non "mistificante", ovvero non reificante, ma interessata alla sua *conditio humana*, di uomo in difficoltà e sofferente e non solo portatore di deficit e comportamenti abnormi, puramente misurabili ed oggettivabili²³; in tal modo l'atteggiamento fenomenologico, prestando ascolto a tutte quelle espressioni (linguaggio,

²³ A tal proposito ricordiamo, tuttavia, che una psicoterapia fenomenologicamente fondata si discosta dalle prassi psicologiche e psicoterapeutiche cosiddette umanistiche e sociorelazionali fondate esclusivamente su paradigmi atropo-psicologici, in quanto conserva un'attenzione ai vari modelli della mente umana, verso i quali esercita, tuttavia, un'*epochè* nel rispetto della specifica realtà del vissuto del paziente, mantenendo un atteggiamento "eidetico" e "comprensivo", che rappresenta il fulcro dell'approccio terapeutico che la caratterizza (cfr. Di Petta G. (a cura di), loc. cit. *sub* 4).

mimica, contenuti ideativi, etc.) tramite le quali si disvela la globalità dell'uomo quale presenza (*Dasein*), riconsegna dignità alla vita interiore del paziente-vittima, ai suoi modi di essere e al proprio progetto esistenziale. Nel momento in cui, attraverso l'incontro terapeuta-vittima, l'esperienza del primo si unisce con quella del secondo in una "co-esperienza", è possibile determinare un "mutamento di segno" dell'intera esperienza della violenza, in modo tale che il vissuto ad essa collegato diventi un momento dotato di una sua forma, di un senso, di un contenuto, di un modo di darsi nel tempo, nello spazio, nella corporeità e nel mondo. Unicamente attraverso questa dimensione dialogica, impostata su una empatica condivisione dell'esperienza narrata dall'altro, sulla valorizzazione della "presenza emotiva condivisa" (*Mit-Dasein, Mit-Erlebnis*), si consentirà alla sofferenza, traducendola in un'esperienza dotata di senso, di contenuto, di un modo di darsi nel tempo e nello spazio, di sganciarsi da una sintomatologia cristallizzata verso la dinamizzazione, la ripossibilizzazione, lo slancio dell'esistenza, *conditio sine qua non* per giungere alla guarigione²⁴.

Bibliografia.

- Balestrieri M., Hijazi K., Corsaro M., Pera V., Ciano R.P., "Disturbi d'ansia", in Balestrieri M., Bellantuono C., Berardi D., di Giannantonio M., Rigatelli M., Siracusano A., Zoccali R.A., *Manuale di psichiatria*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2007.
- Bramante A., Gimosti E., "Violenza e disturbo post-traumatico da stress", in Mencacci C., Anniverno R. (a cura di), *Le patologie psichiatriche nelle donne*, Pacini editore, Pisa, 2007.

²⁴Di Petta G. (a cura di), loc. cit. *sub* 7; Rossi Monti M. (a cura di), loc. cit. *sub* 17.

- Caretti V., Craparo G., “La disregolazione affettiva e la dissociazione nell’esperienza traumatica”, in Caretti V., Craparo G. (a cura di), *Trauma e psicopatologia. Un approccio evolutivo-relazionale*, Astrolabio, Roma, 2008.
- Di Petta G. (a cura di), *Fenomenologia: psicopatologia e psicoterapia*, Edizioni Universitarie Romane, Roma, 2009.
- Fernandez I., *Workshop EMDR. Livello I*, Milano, 28-30 maggio 2010.
- Fogany P., Target M. (1996), “Giocare con la realtà I) Teoria della mente e sviluppo normale della realtà psichica” in Fogany P., Target M., *Attaccamento e funzione riflessiva*, Cortina, Milano, 2001
- Frances A., Ross R., *DSM-IV-TR. Guida clinica alla diagnosi differenziale*, Masson, Milano, 2006.
- Gabbard G. O., *Psichiatria psicomodinamica*, RaffaelloCortina Editore, Milano, 2007.
- Grivois H., *Nascere alla follia. Un approccio agli esordi psicotici*, Edizioni Magi, Roma, 2002.
- Lewis Herman J., *Guarire dal trauma*, Edizioni Magi, Roma, 2005.
- Lingiardi V., Di Bei F., “La terapia come processo di umanizzazione: sogno e memoria nell’analisi di una paziente traumatizzata”, in Caretti V., Craparo G. (a cura di), *Trauma e psicopatologia. Un approccio evolutivo-relazionale*, Astrolabio, Roma, 2008.
- Muscatello C. F., *Argomenti di psichiatria*, Tipografia ALFA-BETA, Bologna, 1997.
- Muscatello C. F., Spigonardo V., Scudellari P., “La psicopatologia interroga la fenomenologia. Antichi problemi e nuove prospettive”, in *Psichiatria Generale e dell’Età Evolutiva*, 3-4, pp. 157-165, 2009.
- Rossi Monti M., “Spettro bipolare e pleiomorfismo. Variazioni sul concetto di spettro”, in *Psichiatria di Comunità*, V, 3, pp. 145-154, 2006.
- Rossi Monti M. (a cura di), *Percorsi di psicopatologia*, FrancoAngeli, Milano, 2002.
- Rossi Monti M., “Empatia psicoanalitica ed empatia naturale”, in *Atque* 25/27, pp. 127-138, 2002-2003.
- Valdez Perez F., “Trauma e richiedenti asilo”, in Relazione presentata all’evento formativo *Trauma e ascolto: per una memoria utile*, Bologna, 14 gennaio 2011.
- Winnicott D.W. (1965), *Sviluppo affettivo ed ambiente*, Armando, Roma 1968.