



ISSN 2280-9120



Rivista di

Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria

SEMESTRALE DELLA FEDERAZIONE PSICOLOGI PER I POPOLI

Numero 9, 2012



François Lebigot

Stress e trauma

Relazione presentata alla seconda edizione delle Giornate siciliane di psicotraumatologia, Piazza Armerina, 21-22 maggio 2011

Riassunto

Contrariamente a quanto si scrive, il trauma è un fenomeno psichico completamente diverso dallo stress. Lo stress è una sofferenza imposta dall'esterno che si manifesta principalmente attraverso canali neuropsicobiologici e che termina o quando viene meno la situazione che lo ha provocato o in seguito a un processo d'elaborazione. Nel trauma la sofferenza giunge dall'interno dell'apparato psichico, nel quale, superando lo schermo antistimolo, si è installata un'immagine di annientamento, portando l'essere umano a un confronto improvviso con la realtà della morte.

Parole chiave: stress, trauma, spavento, apparato psichico, rimozione primaria.

Abstract

Contrary to what many authors write, trauma is a psychic phenomenon completely different from stress. Stress is a suffering coming from the outside which manifests itself mainly through neuropsychobiological channels and which stops when the provoking situation comes to an end or after a mental processing process. In traumas, the suffering comes from the inside of the psychic apparatus, in which an annihilation image has settled in crossing the anti-stimulus screen, and bringing the human being to face suddenly the reality of death.

Key words: stress, trauma, scare, psychical apparatus, primary repression.

Per comprendere cosa sia un trauma psichico è fondamentale prima di tutto capire cosa sia l'apparato psichico ovvero come rappresentare l'apparato psichico e il motivo per il quale lo stress da una parte e il trauma dall'altra vanno a colpirlo. A tale scopo useremo una metafora. Freud (1920) rappresenta l'apparato psichico come una "vescicola vivente", ossia un'area contenuta all'interno di una sfera rivestita da una membrana protettiva, che chiama "schermo antistimolo" (vedi Figura 1).

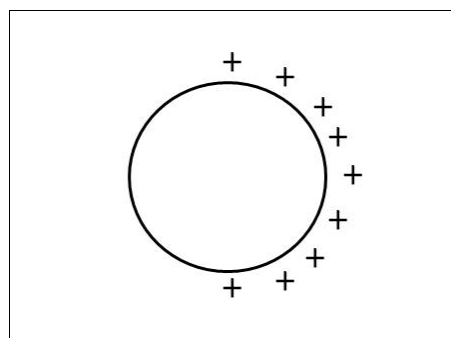
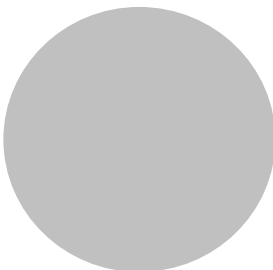


Figura 1. L'apparato psichico.

All'interno di questa sfera troviamo la rete delle rappresentazioni, nella quale circolano piccole quantità di energia che agiscono secondo la legge del principio del piacere. È naturale che se dall'esterno penetrassero grosse quantità di energia, l'equilibrio interno dell'apparato ne verrebbe perturbato. Scopo dello "schermo antistimolo", caricato di energia positiva, è filtrare gli stimoli che provengono dall'esterno, respingendo quelli che, superato un certo livello, possono perturbare l'energia interna che assicura il funzionamento dell'apparato psichico.

Partendo da questa metafora, parleremo della differenza tra stress e trauma, adottando una posizione completamente diversa da quella americana espressa nel DSM-III, nel DSM-III-R e nel DSM-IV, la quale con il *Post-Traumatic Stress Disorder* /PTSD assimila in qualche modo lo stress al trauma, facendo così del trauma uno stress un po' più importante (Lebigot, 2005).

Nello stress una minaccia esterna pressa sulla membrana, provocando un'alterazione al libero gioco della circolazione energetica nella rete delle rappresentazioni; tale disturbo libera angoscia, la quale va a rafforzare la membrana parastimolo. Nel momento in cui la pressione, che rimane in ogni caso esterna, diminuisce, l'apparato riprende la sua forma iniziale ritornando al suo normale funzionamento (vedi Figura 2). Il ricordo doloroso dell'avvenimento potrà risiedere all'interno dell'apparato psichico; ma, trattenuto all'interno della rete delle rappresentazioni, sarà destinato a evolversi, perdere il suo carico ansioso o subire una rimozione.

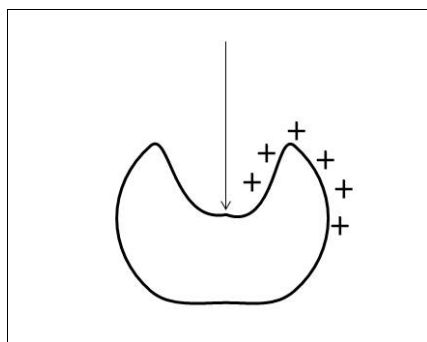


Figura 2. Lo stress.

Il trauma è diverso: esso strappa letteralmente la pelle, penetra all'interno del nostro sistema psichico e vi si installa come un "corpo estraneo interno" (Lebigot, 2005; vedi Figura 3 nella pagina seguente).

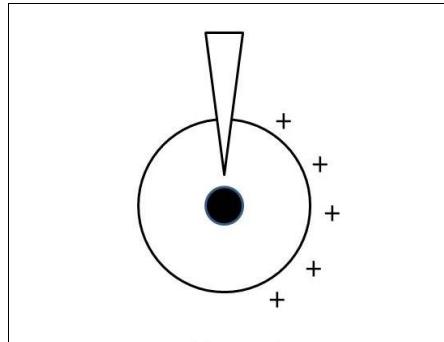


Figura 3. Il trauma.

Un corpo estraneo, di natura completamente diversa dalle rappresentazioni, che con la sua carica di energia andrà a perturbare il funzionamento dell'apparato psichico dando origine allo "spavento" (in francese *effroi*¹, in tedesco *schreck*, in inglese *fright*), stato psichico completamente diverso dalla paura e dall'angoscia (Freud, 1920) che approfondiremo più avanti. Data la sua particolare natura, quest'immagine, una volta incistata all'interno, non potrà essere rielaborata dalle rappresentazioni e riapparirà alla coscienza non come ricordo cosciente o rimosso ma restando tale e quale nei minimi dettagli al di fuori della catena temporale. Ciò vuol dire che quando l'immagine si ripresenterà, per esempio attraverso gli incubi, sarà al presente, come se l'avvenimento si producesse in quel momento, dando luogo alla sindrome di ripetizione. È possibile avere un trauma a vent'anni e rivedere le stesse immagini a settanta. Sarà utile, quindi, chiedere al paziente se i suoi incubi siano la riproduzione esatta dell'evento traumatico. Dopo l'evento, ossia dopo il momento in cui c'è stata l'effrazione, possiamo assistere a un lungo periodo di latenza in cui vi è assenza di sintomi.

A questo proposito, cito l'esempio di un giovane paracadutista francese di vent'anni, inviato in missione a Kigali insieme ad altri trecento commilitoni al fine di mettere in salvo i diplomatici europei bloccati nella capitale ruandese. Il giovane, mentre perlustra una strada insieme a un altro militare, vede in terra il cadavere di un ruandese con la testa squarciata da un colpo di machete, e tutt'intorno sangue e parti di cervello. Il militare, che chiameremo Antoine, dice al suo compagno: "è curioso come tutto questo non mi faccia alcun effetto". Finita la missione rientra in patria e, rimanendo nell'esercito per altri quattro anni, continua a partecipare a diverse altre missioni difficili. Tornato alla vita civile, inizia a presentare dei disturbi ansiosi, ai quali seguiranno at-

¹Nel tradurre il termine *effroi* si è fatto riferimento alla traduzione italiana di Al di là del principio del piacere, in L'Io e l'Es, Sigmund Freud, Opere, Vol. 9, Bollati Boringhieri, Torino e all'Enciclopedia della psicoanalisi, di Laplanche e Pontalis, trad. it. Biblioteca Universale Laterza, 1984 (NdT).

tacchi di panico che si manifesteranno più volte nell'arco della giornata. In conseguenza di ciò passerà da un medico all'altro facendosi prescrivere degli ansiolitici che prenderà come se fossero caramelle. A questo punto, uno psicologo, ritenendo che i disturbi siano legati al periodo militare, gli consiglia di farsi visitare da uno psichiatra militare. Antoine si presenta così a consulto, e non si fa pregare quanto gli viene proposto un ricovero. Dopo qualche giorno di ricovero, si presenta al medico che lo segue e con il viso alterato gli dice: "Questa notte qualcosa è esploso nella mia testa: avevo davanti agli occhi il viso di quel cadavere con la testa spaccata, ma la cosa peggiore è che aveva l'espressione di qualcuno che abbia visto il diavolo in persona". Antoine guarirà dalla sua nevrosi traumatica dopo tre anni di psicoterapia.

Nella maggior parte degli avvenimenti traumatici, abbiamo contemporaneamente la presenza dello stress e del trauma (vedi Figura 4), e a mio avviso questo spiega anche il fatto che il trauma sia stato assimilato allo stress.

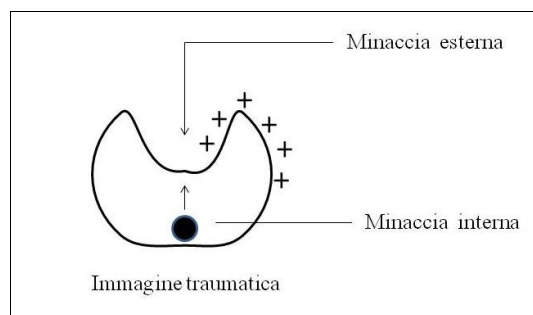


Figura 4. Stress traumatico.

Prendiamo l'esempio di un attentato nella metropolitana: all'inizio ci sono l'esplosione e il fuoco. C'è trauma: l'individuo incontra la propria morte, cioè il suo annullamento. Subito dopo si confronterà con la visione dei morti e le grida dei feriti. Il fumo ha ormai invaso il vagone ed egli non può fare altro che aspettare i soccorsi, ma soprattutto si accorge che egli stesso è ferito. Qui appare lo stress. All'angoscia creata da una minaccia esterna si aggiunge un'angoscia proveniente dall'immagine traumatica, un'angoscia che possiamo definire di minaccia interna. I sintomi dello stress emergono inizialmente in presenza della scena, ma si esauriranno in breve tempo. Se il nostro individuo ha avuto un trauma, le sue manifestazioni, nello specifico una sindrome di ripetizione, appariranno generalmente più tardi e potranno a volte combinarsi precocemente con gli effetti dello stress. Voglio sottolineare come la presenza di uno stress adattivo o la sua assenza non siano indici di assenza di trauma. Porto l'esempio di un soldato scampato miracolosamente alla morte perché il fucile del suo avversario si è inceppato. Rientrato in caserma, euforico per essere an-

cora vivo, dirà agli altri soldati: “Io non ho avuto neanche il tempo di aver paura”. Sarà solo dopo qualche mese o anno che la scena traumatica si presenterà attraverso gli incubi.

È molto difficile sapere se un evento critico abbia generato un trauma o delle reazioni di stress, in quanto la natura traumatica dell'evento sarà confermata dal sopravvenire di una sindrome di ripetizione (vedi Figura 5), che potrà sopraggiungere anche a distanza di tempo. È necessario quindi che, intervenendo sul luogo dell'evento, le persone ricevano tutta una serie di informazioni riguardo allo sviluppo di una possibile sintomatologia.

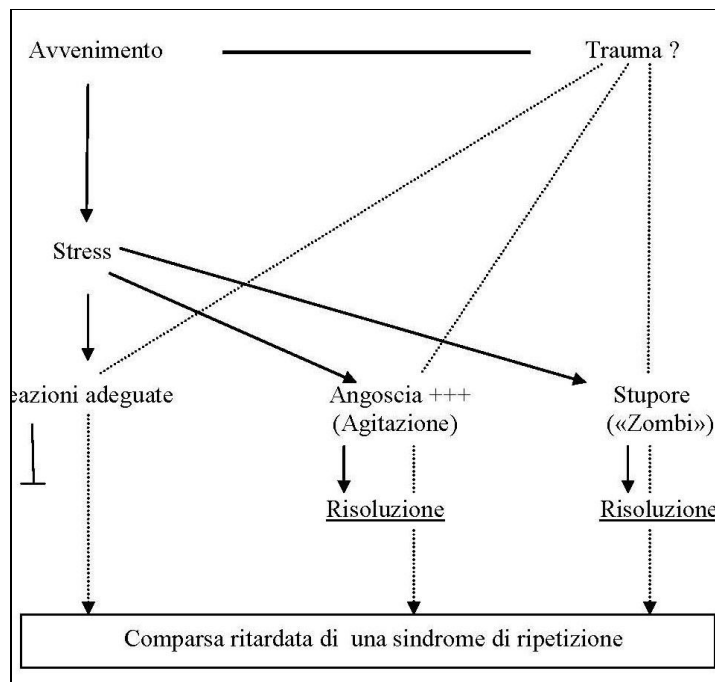


Figura 5. Stress e trauma.

Clinica del trauma psichico: un incontro con il reale della morte

Che cos'è un trauma? Un trauma è l'incontro con la realtà della morte, il nulla. Ma noi non abbiamo modo di conoscere questa realtà. Freud sottolineava che tutti sappiamo di dover morire ma viviamo come se fossimo immortali e questo ci permette di pensare al futuro e fare dei progetti (Freud, 1915). Il professor Barrois osservava che sappiamo tutti cosa sia un cadavere ma non sappiamo cosa sia la morte. Ciò avviene perché la morte non ha rappresentazioni all'interno della nostra mente. L'individuo conosce la realtà tramite i suoi organi di senso, i quali trasformano le varie lunghezze d'onda in suoni, odori e colori. La rete di rappresentazioni nel nostro apparato psichico, analogamente agli organi di senso, ci permette di dare significato alle cose ovvero trasforma-

no il reale in realtà. Diversamente, nel caso dell'immagine traumatica, il nulla che essa rappresenta, non potendosi legare alle rappresentazioni e quindi trovare un significato, non potrà creare la realtà.

Superato lo schermo antistimolo, l'immagine traumatica, non potendo essere elaborata dalle rappresentazioni dato che nell'inconscio non vi è nessuna rappresentazione della morte, si incisterà all'interno dell'apparato psichico. Questa è un'immagine primitiva, un'immagine senza parole, e come tale non potrà essere comunicata al mondo degli uomini, portando così l'individuo all'isolamento. Un'immagine che riapparirà alla coscienza, di notte attraverso gli incubi e di giorno con le riviviscenze. Sempre identica a quella che fu nel momento in cui vi è stata l'effrazione, sia nelle immagini che nelle sensazioni prodotte.

Le circostanze in cui l'essere umano può incontrare la morte possono essere di tre tipi.

Nelle circostanze del primo tipo è la vita stessa dell'individuo a essere minacciata. L'individuo vede la morte con i propri occhi: "Mi sono visto morire", "Questa volta è la fine". Questo è il caso dell'incidente stradale, del soldato che viene sfiorato da un proiettile, delle catastrofi naturali.

Il secondo tipo è quello della morte altrui, che avviene accanto a sé o sotto i propri occhi. Al riguardo, porto due esempi. Primo: due caschi blu circolano con un camion nei pressi di Sarajevo, seduti a fianco del conducente. Uno dei due si è addormentato sulla spalla dell'altro. Improvvisamente il camion ha un sussulto e uno dei due vede cadere sulle sue ginocchia il corpo dell'altro con un foro rosso al centro della fronte — è morto. Secondo: due sorelle sono sedute sul sedile posteriore di una vettura che viaggia a forte velocità. Una non ha allacciato la cintura di sicurezza. Improvvisamente il conducente perde il controllo della vettura andando a tamponare un grosso camion che la precede. In seguito al violento urto, la donna con la cintura di sicurezza slacciata viene sbalzata fuori dal veicolo e la sua testa, recisa dal guard-rail. Quindi la sorella che ha assistito alla scena perde conoscenza, sviluppando una nevrosi traumatica che si manifesterà dopo un'amnesia dell'evento durata due anni.

Il terzo tipo riguarda lo spettacolo della morte. Nei casi precedenti, l'orrore non è certo assente ma in quest'ultimo è lo spettacolo stesso della morte a essere particolarmente orribile o a causa del gran numero di morti o per lo stato di decomposizione o la mutilazione dei corpi. È questo il caso dei militari che in Zaire per diverse settimane hanno avuto il compito di sotterrare in fosse comuni migliaia di cadaveri orribilmente mutilati, oppure dei vigili del fuoco che intervengono sul luogo di un incidente ferroviario o aereo. Qui sono i soccorritori a essere particolarmente esposti a queste situazioni traumatiche.

Lo spavento

Il secondo aspetto del trauma è l'effetto immediato che ha nel soggetto: lo "spavento". Come abbiamo già detto, Freud ci teneva molto a distinguere lo spavento dall'angoscia e dalla paura. L'angoscia, andando a rinforzare le difese dell'apparato psichico, protegge dal trauma; lo spavento invece è la manifesta-

zione intima dell'effrazione traumatica. Lo spavento agisce su due versanti. Uno concerne il registro delle rappresentazioni: tutte le idee, tutti i pensieri, tutte le parole spariscono dalla coscienza dell'individuo, che si vive come abbandonato dal linguaggio. Per un breve momento la testa è vuota. I soggetti descrivono in questi casi un sentimento di vuoto, di black-out. Un soldato ha paragonato quest'esperienza a un video che si interrompe all'improvviso fermando l'immagine. L'immagine che si vede in questi casi è di solito esterna ma a volte può essere di carattere allucinatorio. A tale riguardo, porto l'esempio di una guardia carceraria sequestrata da alcuni detenuti durante una rivolta. Si ritrovò al centro di una sala con uno dei detenuti che gli puntava la pistola alla tempia. Le altre guardie aspettavano il momento buono per intervenire. Dopo parecchio tempo, la negoziazione diventò molto tesa e la guardia sentì la canna dell'arma premere ancora di più contro la sua testa. Il suo pensiero fu allora: "Ecco, sono morto". In quel preciso istante ebbe un'allucinazione. Vide davanti a sé una carta anatomica con la rappresentazione della testa in sezione, con un proiettile che entrava e il sangue che usciva. Passato il momento dello spavento ritornò in sé ed ebbe un'ulteriore allucinazione, che reputo normale. Vide la moglie e i figli, praticamente tutto ciò che avrebbe perso.

L'altro versante riguarda il livello dell'affetto: anche qui c'è il vuoto, né paura né angoscia. "Io non ho avuto neanche il tempo di avere paura", come dice il soldato nell'esempio succitato.

Questo vuoto di rappresentazioni e affetti, facile da ritrovare nei racconti dei pazienti, ci indica che vi è stata un'effrazione traumatica. Bisogna tenere conto, tuttavia, che attraverso il meccanismo del diniego questo vuoto può essere rimosso, al pari dell'evento che ha generato il trauma.

La percezione

Il terzo aspetto del trauma è che esso risulta sempre da una percezione o da una sensazione diretta, nel senso che è sempre legato ai nostri sensi: il vedere scene raccapriccianti, sentire un'esplosione, percepire l'odore dei corpi in decomposizione. Il trauma, quindi, nasce sempre da un contatto con il reale. In conseguenza di ciò, non si potrà sviluppare un trauma dal racconto di una terza persona, per quanto doloroso esso possa essere, o dalla visione di scene drammatiche attraverso i media, nonostante la grandezza dello shock emotivo.

Sottopongo adesso alla vostra attenzione due situazioni che si prestano in modo particolare a confondere ciò che è un trauma e ciò che non può essere considerato tale. La prima è il "trauma per procura". Porto l'esempio di due donne molto legate tra loro; la prima, un'hostess, è stata vittima di un incidente aereo, in conseguenza del quale ha degli incubi in cui rivive la scena dell'incidente. Anche l'altra sviluppa degli incubi legati all'incidente, che non avranno la caratteristica degli incubi traumatici ma saranno piuttosto legati ai suoi fantasmi interni.

La seconda situazione riguarda l'idea che il trauma possa trasmettersi attraverso le generazioni. Gli incubi sui campi di concentramento, che si presentano nei figli dei deportati, sono delle costruzioni fantasmatiche che non

rientrano chiaramente nel quadro di una nevrosi traumatica.

In questi casi, nella presa in carico terapeutica, diversamente dalla situazione traumatica dove ci si occupa della risonanza dell'avvenimento reale nella psiche, si andrà ad analizzare il legame tra il soggetto e la persona traumatizzata.

Psicopatologia del trauma

Riprendendo la rappresentazione proposta da Freud (vedi Figura 6), in alto abbiamo il mondo esterno, oltre lo schermo antistimolo che delimita l'esterno dall'interno. Al di sotto dello schermo troviamo la rete delle rappresentazioni, ovvero l'area che forma la parte essenziale dell'apparato psichico. In basso troviamo una linea molto spessa che delimita l'area della rimozione primaria. Questa linea separa l'area delle rappresentazioni dall'area della rimozione primaria, luogo in cui vengono depositate le esperienze infantili, prima che il linguaggio dia loro un significato.

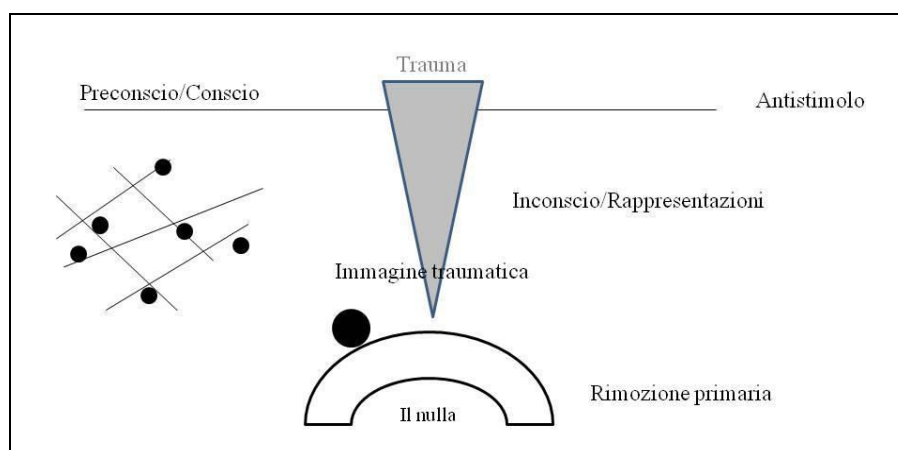


Figura 6. L'effrazione dello schermo antistimolo.

Come possiamo osservare nella Figura 7 (vedi pagina seguente), l'immagine traumatica, superato lo schermo antistimolo non trova alcuna rappresentazione a cui legarsi e si va a depositare in ciò che le è più simile, appunto l'area della rimozione primaria. Questo è il momento dello spavento: non vi sono pensieri, idee, parole o affetti. L'individuo si vede come abbandonato dalla parola, ossia da ciò che lo rende umano, e traduce questa indicibile esperienza nel sentimento della vergogna e dell'abbandono.

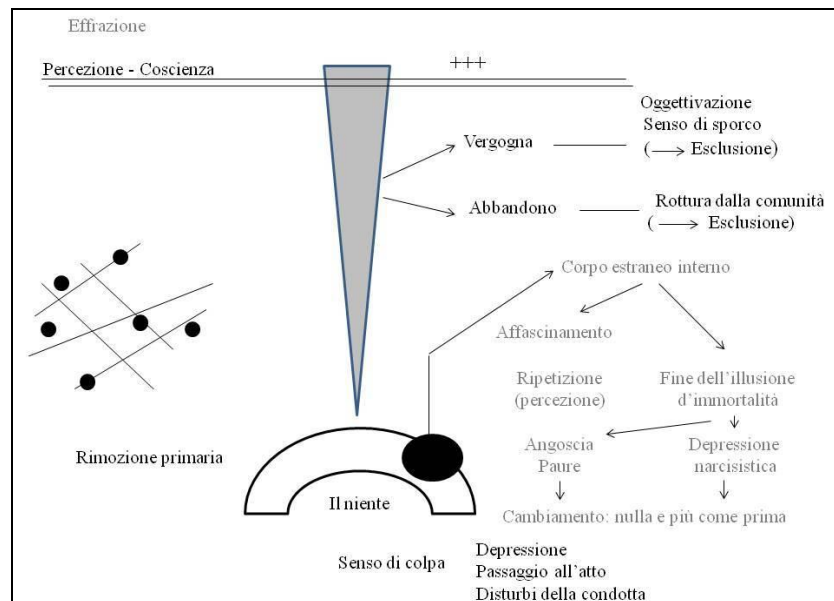


Figura 7. Effetti clinici dell'effrazione.

La vergogna, molto difficile da verbalizzare da parte del paziente, la si può dedurre quasi sempre da alcuni comportamenti tipici come, per esempio, portare sempre degli occhiali da sole o restare chiusi in casa. Ho avuto come paziente un soldato che durante un'operazione di peace-keeping aveva assistito a una carneficina e al ritorno in patria non riusciva più a salire sui mezzi pubblici. Durante un colloquio gli feci notare come non vi fosse alcuna attinenza tra l'evento che aveva generato il trauma e i mezzi pubblici. Lui mi rispose che aveva paura che gli altri potessero leggere attraverso i suoi occhi tutto il terrore che portava dentro. Cito anche l'esempio dei soldati che hanno fatto la guerra d'Algeria. Essi non parlano delle loro esperienze di guerra, come se avessero proprio vergogna di ciò che hanno vissuto.

Il secondo elemento che emerge dall'effrazione traumatica riguarda il sentimento d'abbandono. Tutti coloro che hanno vissuto un trauma hanno la sensazione di essere stati abbandonati dagli altri; è per tale motivo che diventa molto importante essere vicini a queste persone il prima possibile. Tale sentimento si acuisce nel caso vi sia stato un abbandono reale. A tale proposito, porto due esempi.

Primo esempio. È sera e alla fine di un'operazione di rastrellamento il tenente richiama gli uomini per il ritorno in caserma. Un soldato si ricorda di una grotta che non è stata controllata, così lascia il suo gruppo per andarla a ispezionare. Mentre si arrampica lungo la parete rocciosa, si trova improvvisamente davanti un ribelle che gli punta contro un fucile. Istintivamente si butta

giù nella scarpata riuscendo così a evitare il colpo. La notte è giunta e il soldato non riesce a rientrare alla base. Vive delle ore d'angoscia e di solitudine che lo segneranno molto di più che l'incontro avuto con la morte. Tre anni di intensa psicoterapia, svolta venti anni dopo, non riescono a liberarlo dagli effetti di quell'abbandono. Le immagini che egli usa per definirsi riconducono al regno animale, traducendo così i suoi sentimenti di disumanizzazione: "Io sono come un animale che si nutre dei suoi stessi escrementi (gli incubi)". Avrà anche un periodo di regressione in cui non potrà fare a meno di camminare carponi.

Secondo esempio. Una giovane donna si trova nella stazione della RER al momento dell'attentato. Scampata all'esplosione, si precipita verso una cabina telefonica per chiamare un amico e, dopo aver composto il numero svariate volte sempre senza ottenere risposta, crolla sfinita nella cabina. Rientrata a casa, passerà la notte in uno stato di totale prostrazione. Anche in questo caso la nevrosi traumatica che si svilupperà sarà grave, al punto che la donna non riuscirà a vivere con altri se non i suoi tre molossi.

Solitamente possiamo osservare come questo senso di abbandono si trasformi in un comportamento attivo che fa sì che l'individuo si faccia allontanare dagli altri. La persona si ripiega su se stessa, diventa taciturna, aggressiva e si sente vagamente perseguitata. In conseguenza di ciò, assistiamo a separazioni coniugali, perdita del lavoro, allontanamento dagli amici e dai parenti. A Parigi ci fu un periodo in cui la maggior parte dei clochard erano reduci della guerra d'Indocina.

Una terza conseguenza del trauma, che non riguarda tanto le società occidentali quanto piuttosto quelle tradizionali, è quella relativa al senso di sporco. Porto qui l'esempio di un veterano d'origine indiana che al ritorno in Francia sviluppò una serie di comportamenti legati alla pulizia.

In funzione della gravità del trauma, tutti questi stati seguiranno il soggetto lungo l'arco della sua vita.

Un altro grande problema legato all'incistamento del "niente" all'interno dell'apparato psichico è la "perdita dell'illusione d'immortalità". Essa impedisce all'individuo di fare progetti per il futuro. La morte, di conseguenza, sarà dappertutto: "dietro la porta di casa ci sarà sicuramente qualcuno con il fucile", "sotto la mia sedia potrebbe esserci una bomba" e così via, diventando sempre presente nella vita dell'individuo. Tale presenza interna sarà all'origine di vari disturbi, come la depressione, il passaggio all'atto, disturbi del comportamento e della condotta.

Un altro aspetto del trauma, peraltro molto paradossale e più difficile da capire, è il senso di colpa. La colpa è sempre presente, anche se non ha ragione di essere. All'origine troviamo fondamentalmente il rapporto con la rimozione primaria, anche se altri elementi possono contribuire alla sua presenza (senso di colpa per essere sopravvissuti o per non aver fatto abbastanza). L'area della rimozione primaria è il luogo dove si depositano le prime esperienze del latitante, esperienze fetali, esperienze estreme di annullamento, frammentazione o di piacere totale. Situazioni che si ritrovano nelle psicosi. L'esperienza traumatica si presenta come un ritorno verso questa zona profondamente rimossa e interdotta. Il traumatizzato, anche se non lo ha né voluto né desiderato, ri-

torna a queste esperienze anteriori allo sviluppo del linguaggio, effettuando così una sorta di regressione verso il seno materno (Daligand, 1997). Questo ritorno all'indietro rappresenta una sorta di trasgressione massima, raramente percepita come tale dal paziente, che produce un senso di colpa che l'individuo non sa come trattare. "In quel preciso momento, io ho saputo di oltrepassare la linea rossa"; è in questi termini che un medico, trovandosi nel luogo dove erano stati depositati i resti delle persone decedute in un incidente aereo, descriverà la sua esperienza traumatica. Di fronte al corpo di una donna con la testa schiacciata e gli occhi fuori dalle orbite, perderà l'equilibrio cadendo all'indietro; quando racconterà questo momento nel debriefing svoltosi quindici giorni dopo, egli parlerà della sua consapevolezza d'aver oltrepassato un limite. Ma è raro che questa sorta di trasgressione sia contrassegnata in modo così chiaro.

Nel lattante, poco a poco l'angoscia primaria di annientamento viene sostituita dall'angoscia di castrazione, che è anche angoscia di perdita. Un cammino simile sarà quello che dovrà effettuare il paziente. Pertanto il senso di colpa dovrà essere tenuto in considerazione fin dall'inizio della presa in carico, in quanto è proprio il senso di colpa che permetterà il passaggio dal nulla alla perdita.

Abbiamo visto come l'immagine traumatica, trascinando l'individuo verso l'area della rimozioni primaria, lo riporti verso le sensazioni di annullamento e di godimento vissute nella primissima infanzia. L'annientamento è facile da capire mentre l'aspetto del godimento è meno comprensibile. Poiché questo stato è inconscio, per l'individuo è impossibile verbalizzarlo, e ciò che si sviluppa è l'attaccamento alla propria esperienza traumatica. A questo riguardo, riporto il caso di un ricovero ospedaliero. Il servizio di cardiologia o un altro reparto vi invia un paziente per una consultazione, dato che i medici si sono resi conto che oltre alla patologia segnalata è presente anche un aspetto psichiatrico o psicologico. Chiedete quindi al paziente se vi sia stato nella sua storia un episodio in cui abbia sentito che la sua vita stava cambiando. Quando facciamo questa domanda, i pazienti cambiano completamente espressione e dicono: "Dottore, qui si tratta dei miei ricordi personali, cose che a lei non interessano", intendendo chiaramente che c'è qualcosa da cui non si vogliono separare.

All'inizio della psicoterapia alcuni pazienti affermano: "Io ho capito che nei miei incubi sono io a essere sia il regista che l'attore". Frasi del genere fanno capire chiaramente al terapeuta come di fatto vi sia proprio uno stato di piacere legato all'immagine traumatica. Questo legame è uno dei motivi per cui l'immagine traumatica resta presente, ripetendosi nella vita dell'individuo e condizionando di conseguenza la terapia.

Qui è necessario differenziare due categorie di pazienti. La prima è composta da quegli individui che non hanno effettuato una buona rimozione primaria e di conseguenza hanno bisogno di costruire, all'interno dell'apparato psichico, un oggetto capace di compensare l'assenza. In costoro, quando penetrerà all'interno dell'apparato psichico, l'immagine traumatica andrà a sostituire quest'oggetto; di conseguenza, come già detto, si svilupperà un legame molto stretto con l'immagine traumatica.

La seconda tipologia è formata da quei pazienti che, avendo effettuato una buona rimozione primaria, non hanno bisogno dell'oggetto, andando quindi a superare molto facilmente il trauma.

Ma cos'è che va a sostituire l'oggetto? Sarà la parte inconscia che l'individuo è riuscito a elaborare durante la psicoterapia. A tale riguardo riporto un esempio: una donna giunge in terapia dopo un'aggressione avvenuta in banca. Sta molto male. Il terapeuta la invita a narrare i sogni. Nel primo sogno c'è una cassa. La donna dice: "Io so che cosa rappresenta, è il mio inconscio".

Nel secondo sogno vede accanto al suo cuscino il tavolo dove tiene il computer. Mi chiede cosa ciò significhi. Allora le domando che cosa le faccia venire in mente il suo sogno e lei mi risponde che aveva pensato che il figlio, durante la settimana, avesse utilizzato il suo computer e mi racconta di come si fosse arrabbiata, dal momento che il computer conteneva informazioni intime e riservate.

Nel terzo sogno la donna fa l'amore con il figlio. Sconvolta, mi chiede se è una madre incestuosa. Io le rispondo di no ma la invito a riconoscere di avere un rapporto molto stretto con il ragazzo.

Nel quarto sogno rivive ciò che aveva visto durante l'evento traumatico ma di fronte all'aggressore prende una pistola e gli spara. Anche in questo caso mi chiede il significato del sogno. Io non rispondo e lei continua dicendo: "Non riesco a capire il sogno, non so chi sia quell'uomo ma adesso so di non essere più una vittima". Questo è stato il momento in cui è terminata la sua terapia. Ha scoperto il suo Edipo: ha ammazzato il padre e fatto l'amore con il figlio. Questa era una paziente con una grave nevrosi molto difficile da seguire. Mi si chiederà qualcosa riguardo alle interpretazioni. Posso dirvi che io non interpreto ma faccio sì che sia il paziente stesso a dare un significato al racconto e narrandolo lo trasformi, cambiando così il proprio cammino. Per esempio, riguardo al secondo sogno, cosa avrei potuto dire alla paziente riguardo al tavolo vicino al cuscino? Non potevo e non sapevo dirle alcunché. È stato il sogno successivo a darle la risposta.

Porto adesso un altro esempio di psicoterapia legato alla memoria. Riguarda il caso di Xavier, giovane soldato francese mandato in missione in Kosovo. Durante la missione Xavier ha uno scontro a fuoco con alcuni albanesi e rischia di essere ucciso. Rientrato in Francia, iniziano gli incubi ed egli rivive sempre la scena ma ciò non gli impedisce di continuare il suo lavoro nella polizia, dove viene considerato uno degli agenti migliori. Per premiarlo per il suo impegno, i superiori lo inviano in missione nelle Antille francesi. Il posto è molto bello, un vero paradiso e lo stipendio è molto alto. Una notte Xavier prende un jeep e si reca in città. Lì entra in un bar e inizia a bere fino a ubriacarsi e nel far rientro in caserma esce di strada finendo in un fosso. In conseguenza di ciò viene punito e rimpatriato. Un medico della commissione trova però strano che un soldato con un curriculum tanto brillante possa improvvisamente comportarsi in quel modo e chiede di rivederlo, ricostruendo così gli eventi del Kosovo. Durante un consulto, consiglio al medico di dare al giovane un congedo per motivi di salute, in modo da poterlo seguire in terapia. Iniziata la terapia, la prima cosa che mi dice è che il padre ha partecipato alla guerra d'Algeria ed è rientrato in patria quando lui aveva quattro anni per poi morire

sette anni dopo. Xavier mi dice di avere sempre avuto una venerazione verso il padre e che il Kosovo era la sua Algeria. Dopo la morte del padre, frugando tra le sue cose, trova in una scatola con due orecchie umane legate tra di loro con un filo. Mi dice di avere rimosso questo fatto fino alla terapia. Qualche seduta dopo, mi narra un sogno, dove lui tenendo per mano la zia passa davanti a un cimitero. Con grande stupore, questo sogno gli riporta alla mente, con molta chiarezza, un ricordo: “Ho undici anni e passando con mia zia davanti al cimitero dove è sepolto mio padre, con il pugno serrato tendo il braccio verso il cimitero dicendo tutte le cattiverie che un adolescente conosce”. La seduta seguente, mi chiede di interrompere la terapia dicendomi: “Io credo che ci siano delle cose che non ho voglia di conoscere”. Subito dopo riprende il lavoro. A questo punto sono io a chiedermi quali fossero le cose che non voleva conoscere. Non credo di sbagliarmi se penso che questo bambino di tre anni, che dormiva con la madre fino al ritorno del padre, lo abbia idealizzato per coprire un odio profondo nei suoi confronti e il motivo per cui il paziente mi ha chiesto di interrompere la terapia nasceva dal fatto che questa aveva svelato quest’odio. In questi due casi è evidente come la problematica edipica si manifesti chiaramente come supporto all’effrazione traumatica.

Per concludere voglio ritornare alla clinica dello “spavento” evidenziando le ragioni per cui è importante il suo approfondimento.

Il primo di questi motivi è che questa clinica ci permette un approccio alla psicopatologia del trauma in una forma metaforica comprensibile. Come è stato detto, lo “spavento” è quel momento in cui l’immagine traumatica penetra nell’apparato psichico, respinge le rappresentazioni e i significati che esso contiene, andando a incistarsi nel suo punto più profondo, ossia l’area della rimozione primaria. Il ritorno in senso inverso di quest’immagine attraverso gli incubi e le riviscenze provoca gli stessi effetti, ossia un’esperienza terrificante dove l’individuo perde la sua qualità di “essere parlante”.

Il secondo motivo che ci porta a interessarci allo “spavento” è che esso ci permette di tracciare un confine ben definito tra lo stress e il trauma psichico, screditando tutte quelle definizioni di stress traumatico che figurano in un certo numero di nosografie largamente diffuse.

La terza ragione, più vicina ai nostri interessi professionali, riguarda il fatto che tale clinica ci dà delle indicazioni riguardo al tempo e i modi di presa in carica delle persone traumatizzate.

François Lebigot, psichiatra militare, professore aggregato alla scuola Val-de-Grace Parigi, presidente dell’Associazione Mondiale di Psichiatria (WPA), già presidente dell’ALFEST.

Giovanni Nicoletti, psicologo psicoterapeuta, vicepresidente Psicologi per i Popoli - Sicilia, traduttore e curatore dell’articolo.



Bibliografia

- Daligand L. (1997), *La therapie des victimes au risque de la violence*, "Les cahiers de l'Actif", 248/249, pp. 77-84.
- Freud S. (1920), *Al di là del principio del piacere*, in *Opere*, vol. 9, Bollati Boringhieri, Torino, 1977.
- Freud S. (1915), *Considerazioni attuali sulla guerra e la morte*, in *Opere*, vol. 8, Bollati Boringhieri, Torino, 1976.
- Lebigot F. (2005), *Traiter les traumatismes psychiques*, Dunod, Paris.