

# Il religioso risorsa nella sofferenza psichica

Spunti per un dialogo  
tra clinica e patologia

A cura di  
*Antonio Filiberti*  
*Eugenio Torre*

*Saggi e studi*

**FrancoAngeli**

**PSICOLOGIA**



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

# **Il religioso risorsa nella sofferenza psichica**

Spunti per un dialogo  
tra clinica e patologia

A cura di  
*Antonio Filiberti*  
*Eugenio Torre*

**FrancoAngeli**

PSICOLOGIA

Progetto grafico di copertina di Elena Pellegrini

Copyright © 2010 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

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

## *Indice*

Prologo, di <i>Antonio Filiberti, Eugenio Torre</i>	pag. 7
Trauma, valori e senso della vita, di <i>Antonio Filiberti</i>	» 9
Cattolici e psiche, di <i>Tonino Cantelmi</i>	» 27
Doppia identità: una polarità da integrare, di <i>Lucio Pinkus</i>	» 53
Sull'incontrare la disperazione, di <i>Antonio Filiberti</i>	» 80
Psicosi e religiosità, di <i>Eugenio Torre, Patrizia Zeppegno</i>	» 100
L'assistenza pastorale e servizio psicosociale alla persona ammalata, di <i>Pier Davide Guenzi</i>	» 109
Etica e psicoterapia, di <i>Antonio Filiberti, Eugenio Torre</i>	» 140
Gli Autori	» 150



## *Prologo*

di *Antonio Filiberti, Eugenio Torre*

Oggi le discipline psicologiche e psichiatriche sempre più si interrogano sull'influenza che la religiosità e la spiritualità hanno sulla salute dell'uomo, in particolare sulla salute mentale<sup>1</sup>. La religiosità e la spiritualità sono un fattore rilevante nella sofferenza psichica. Le credenze religiose si incorporano con frequenza nei sintomi psicopatologici, come i deliri le ossessioni, questo richiede sempre più un approccio clinico ed investigativo di ricerca che guardi al religioso come una risorsa nella cura della sofferenza psichica<sup>2</sup>. Oggi, l'affermazione freudiana che considerava la religiosità una forma di nevrosi ossessiva, che poteva essere superata con un trattamento analitico, non è più ammissibile scientificamente, clinicamente e culturalmente<sup>3</sup>. Perché una pratica clinica possa definirsi etica, questa deve integrare nella relazione terapeutica il sistema di valori del paziente e di conseguenze, qualora vi siano i suoi interessi religiosi<sup>4</sup>.

Questo testo ha l'ambizioso compito di tracciare una via di collegamento tra l'antropologia filosofica ed un approccio clinico assistenziale alla sofferenza psichica, qui soprattutto rappresentato dal lavoro psicologico e psichiatrico, che tenga conto della esistenza nell'uomo di una profonda spinta verso la trascendenza.

La prima parte di questo libro raccoglie due lavori di natura antropologica. Il primo testo di Antonio Filiberti affronta la relazione tra il concetto di trauma, di valori e senso della vita. Il secondo capitolo scritto da Tonino Cantelmi

<sup>1</sup> Koenig H.G., "Research on religion, spirituality, and mental health", *Canadian J Psychiatry* 54: 283-291, 2009.

<sup>2</sup> Baetz M., Toews J., "Clinical implications of research on religion, spirituality, and mental health", *Canadian J Psychiatry* 54: 292-301, 2009.

<sup>3</sup> Ruiz J.S., Carrasco M.M., Presentacion, in Cabanyes J. Monge M.A. (eds), *La salud mental y sus cuidados*, EUNSA, Pamplona, 2010.

<sup>4</sup> Woodbridge K., Fulford B. *Whose values? A workbook for values-based practice in mental health care*, The Sainsbury Centre for Mental Health, London, 2004.

affronta con rigore scientifico ed una documentata bibliografia la questione della omosessualità e il suo destino nella psicopatologia sia in termini diagnostici che di rigorose risposte cliniche.

La parte clinica di questo volume, è introdotta da un lavoro di Lucio Pin-kus, che analizza la complessa e storicamente difficile relazione tra spiritualità, psicoterapia e psicoanalisi e sulla affascinante questione della doppia identità. Seguono due lavori di Antonio Filiberti ed Eugenio Torre. Il lavoro di Filiberti si focalizza su un caso clinico che esemplifica come viene raccontata e come può essere ascoltata una narrazione a contenuto religioso di una paziente che quando chiede aiuto è gravemente ammalata (soffre di un tumore epatico). Filiberti, traccia una via che permette di avere un'integrazione tra la visione dell'uomo offertaci dall'antropologia filosofica e quella della psicologia dinamica. Offre una possibilità di come applicare concretamente questa visione dell'uomo nel lavoro psicoterapico analitico. Torre affronta il delicato e tragico rapporto che si instaura tra sofferenza psichiatrica e spiritualità. Nel loro lavoro viene presentato un caso che rivela come il tema del religioso si declini nelle forme psicotiche gravi e come un delirio a contenuto religioso offra una funzione strutturante ad un Io lacerato e frantumato. Nel sentirsi Dio, nel dirsi Dio, il paziente cerca una compensazione ad infiniti sentimenti di angoscia ed impotenza che lacerano il suo senso dell'esistere.

Segue un interessante lavoro di Pier Davide Guenzi sulla importanza dell'assistenza pastorale sanitaria e su come concretamente rispondere a bisogni e dolori spirituali che sempre fanno da corredo ad una sofferenza psichica.

In conclusione viene posto un testo di Filiberti e Torre che analizzando il rapporto tra etica e psicoterapia individuano nel concetto di male, del clinico che rinuncia al bene, un punto fermo intorno al quale organizzare una discussione che disciplini una corretta condotta psicoterapica da un punto di vista etico.

In conclusione di queste pagine introduttive, i curatori ringraziano la Fondazione Tera per il sostegno dato a questa operazione editoriale. Questo lavoro che si inserisce nel progetto *Comunicare e già curare*, coordinato da Gaudentio Vanolo, è anche il risultato della sempre più crescente attenzione che la Fondazione Tera, il cui obiettivo è l'implementazione dell'alta tecnologia in ambito radio-oncologico, dà alla qualità di vita ed ai temi di etica clinica in medicina.

## *Trauma, valori e senso della vita*

di *Antonio Filiberti*

### **Aspetti filosofici del concetto di valore**

Il sentirsi impotente nel far fronte agli eventi che la quotidianità ci impone è causa di profonda sofferenza psichica. Le ferite nelle nostre capacità di agency, distruggendo il nostro senso di competenza, di padronanza sugli eventi, riducono il senso di libertà nella nostra vita, ci fanno sentire impotenti e preda degli accadimenti ed inficiano il senso di stima di sé, facendoci sentire persone di poco valore. Inevitabile per colui che si trova prigioniero in un simile stato mentale è il perdere la capacità di dare senso a ciò che accade, di significare gli eventi della sua stessa esistenza. L'essere colpiti da un evento definibile come traumatico, come può essere una grave malattia, inficia il senso di sé come persone di valore, competenti, degne di essere amate e stimate. Il trauma, nell'accezione da me usata, ci lascia in balia di una sofferenza che paralizza le nostre potenzialità mentali, la nostra creatività, ed il nostro senso di poter di trovare una soluzione adattiva a quanto dobbiamo affrontare.

John Dewey<sup>1</sup> afferma che si giunge al piacere quando si crea nella nostra mente un progetto o un modello di qualche tipo e se ne vede la realizzazione nel mondo. Sebbene in modo limitato ciò può essere dimostrato nei bambini molto piccoli. Lewis<sup>2</sup>, eminente ricercatore del comportamento infantile, ha effettuato interessanti esperimenti con bambini di due mesi che dimostravano come questi piccoli provassero piacere quando muovendo le braccia potevano far accadere qualcosa su uno schermo. In seguito cambiando le condizioni dell'esperimento, i bambini pur muovendo le loro braccia non producevano nessun cambiamento nell'ambiente circostante; si comportavano allora come se fossero arrabbiati, tristi, depressi si agitavano, sbattevano le braccia ed alla

<sup>1</sup> Dewey J., *Teoria della valutazione*, La nuova Italia, Firenze, 1981.

<sup>2</sup> Lewis M., *Il sé nudo*, Giunti, Firenze, 1995.

fine cedevano alla desolazione. Kagan<sup>3</sup>, studiando bambini nel secondo anno di vita, osservò quello che ha chiamato sorriso di padronanza, che riflette il piacere che il bambino prova nel portare a termine con successo imprese che aveva progettato.

Il rapporto tra valore e senso di padronanza è cruciale come testimonia in modo drammatico il signor A. Il signor A, sofferente di sclerosi multipla mi racconta che la psicoterapia psicoanalitica lo aiuta a guardare cose che prima non vedeva, a scorgere particolari che prima gli erano invisibili come i colori dell'ambiente esterno, certe sfumature di verde, le tonalità cromatiche del sole che tramonta. Aggiungo a quanto dice il paziente che forse queste nuove sensibilità percettive ci dicono qualcosa su come l'esperienza di malattia lo porta ad osservare aspetti di sé che prima gli erano sconosciuti; dove per aspetti di sé sconosciuti, al di là del senso psicoanalitico di pattern che organizzano il nostro comportamento in modo inconscio, intendo anche e soprattutto riferirmi alla scoperta di come reagiamo alla malattia, alla inabilità. Mentre parlo con il signor A penso che sia impossibile per ognuno di noi immaginare come sarebbe la nostra vita senza poter camminare, senza potersi muovere in modo autonomo, è lì nel dolore che scopriamo aspetti nuovi di noi. Il difficile dice questo mio paziente è dare senso alla vita che sta vivendo.

Ma il piacere, il sentirsi persona di valore non è solo una questione di padronanza è anche e soprattutto una questione relazionale. Il piacere compare quando le risposte dell'altro mostrano un riconoscimento della propria realtà personale. L'altro da sé per il signor A può divenire facilmente nemico. La malattia lo ha fatto sprofondare in un mondo ostile. Questa tendenza a cogliere in modo persecutorio la relazione con l'altro non sembra essere presente nella sua storia personale ma piuttosto sembra essere un ulteriore "dono" della malattia. All'altro, il signor A attribuisce facilmente una intenzionalità negativa, di disinteresse verso di lui, di non stima per la sua inabilità. Nell'incontrare questo paziente, un terapeuta sensibile apprende rapidamente che non solo lo sguardo psicoanalitico, inteso come interpretativo, può offrire opportunità di incontro e senso della sua sofferenza ma anche e soprattutto che nel lavoro clinico occorre considerare con quale affetto guardiamo questo paziente, occorre monitorare con attenzione come il nostro sguardo viene percepito dal signor A. Questo paziente è sensibile ad ogni forma di disattenzione che traduce immediatamente in un sentimento di esclusione, alla minima distrazione dell'altro gli attribuisce un'intenzionalità maligna.

<sup>3</sup> Kagan J., *The second year. The emergence of Self Awareness*, Harward University Press, Cambridge, MA, 1981.

È difficile ricondurre questa sensibilità ad una distorsione transferale, per esempio a figure genitoriali svalutanti che hanno favorito legami di attaccamento negativi; il mondo delle relazioni affettive del signor A è stato sconvolto dalla malattia. Racconta di un mondo che non sa stare con chi soffre, con chi non può più muoversi, non può più lavorare, di un mondo che non lo sa più guardare con amicizia e stima ma solo con uno sguardo di pena e compassione. Racconta di un mondo che non vedendolo più produttivo lo vede come infantile perché dipendente, che fa fatica a vedere la sua umanità ed il suo essere adulto “non ho nemmeno un soldo, dicono che tanto non ne ho bisogno le sembra giusto, come pensa che mi possa sentire in un contesto del genere?”

La perdita di senso di valore di sé costituisce questione di grande significato per la salute mentale di una persona. William James accenna alla possibilità di un fondamentale tipo di trauma che si realizza tramite la distruzione del sentimento di valore di sé che è centrale per la vita interiore. James<sup>4</sup> metteva in guardia la psicologia dal considerare i pensieri di un essere umano come disarticolati dai suoi valori ed affetti. Dando grande importanza agli affetti, ai sentimenti James affermava che non si poteva comprendere in alcun modo l'esistenza di una persona solo attraverso l'osservazione, l'analisi dei suoi processi cognitivi. In sintonia con questa linea di pensiero che da valore ai sentimenti, nel superamento di un positivismo al quale forse stiamo tornando come sembrano indicare alcune proposizioni antropologiche umane proposte dalle neuro-scienze, Wittgenstein<sup>5</sup> sottolineò che dalla consultazione di un dizionario non si poteva comprendere il profondo significato di un termine. Un dizionario non può dirci come una persona pronuncia una parola, con che tonalità emotiva, con quale espressione facciale, tono di voce e nemmeno come si sente che questa parola viene ascoltata. Ciò che da senso alle parole affermava Wittgenstein è il sentimento che ai termini attacchiamo. Heidegger<sup>6</sup> riteneva che ogni percezione di un evento esterno era sempre caratterizzata da un tono emotivo dal quale dipende il senso a cui noi diamo agli accadimenti. È il sentimento che dà valore e significato. Seguendo questo itinerario filosofico, Meares<sup>7</sup>, ampliando, questa idea, giunge all'affermazione che questo significato è una elaborazione del valore personale della proprio sentimento di bontà o cattiveria. Il sentimento crea una realtà personale. Questa proposta ha importanti implicazioni in termini evolutivi. Il bambino che si sente buono lega un significato a questo sentimento e a questa attribuzione di valore e la e-

<sup>4</sup> James W., *Le forme dell'esperienza religiosa*, Morcelliana, Brescia, 1998.

<sup>5</sup> Wittgenstein L., *Ricerche filosofiche*, Einaudi, Torino, 1999.

<sup>6</sup> Heidegger M., *Essere e tempo*, Longanesi, Milano, 1976.

<sup>7</sup> Meares R., *Intimità e alienazione*, Cortina Editore, Milano, 2005.

stende ad altre persone che così vengono percepite buone e idealizzate. Al contrario esperienze negative comportano una valutazione negativa. Il bambino vittima di traumi si vive come cattivo, per quanto sia innocente. Anche le altre persone che sono parte della sua esperienza diventano cattive e persecutorie.

### **Infant research, trauma e valore**

Operando un salto molto violento verso la clinica psicopatologica di ambito psicoanalitico, in estrema sintesi potremmo affermare che esperienze traumatiche, soprattutto quelle infantili ma non solo<sup>8</sup>, comportano una valutazione negativa di sé (il bambino vittima si vive come cattivo, non degno di valore, di amore) ed una valutazione delle persone che sono parte di questa esperienza come cattive, persecutorie, non accoglienti, intenzionalmente maligne verso di noi. Senza addentrarsi in complesse analisi della letteratura neuroscientifica mi sembra rilevante quella ipotesi che ritiene che i traumi non vengono registrati come eventi ma come forme di conoscenza, nel caso specifico di caratteristiche negative di sé. Questa memorizzazione determinerebbe una sorta di conoscenza di sé inconscia che come appena scritto porterebbe in modo automatico, procedurale, il soggetto a percepirsi al di là di ogni riflessività indegno di amore e a percepire l'altro da sé come un cattivo persecutore. Un esempio particolarmente drammatico di come la realtà possa venire distorta dalla affettività è offerto dal lavoro della Terr<sup>9</sup>. Terr intervistò 25 bambini che erano stati sequestrati per riscatto in una scuola elementare di una piccola città americana, Chowchilla. Una delle bambine che aveva litigato con la madre poco prima di andare a scuola e quindi di esser sequestrata, fornì una descrizione di uno di sequestratori che coincideva con quella madre. Tutti i sequestratori erano maschi.

I valori determinano la nostra qualità della vita, di conseguenza domanda fondamentale è come si possa favorire lo sviluppo di valori positivi che aiutino a dare senso positivo e a rafforzare le nostre capacità adattive a situazioni avverse che ognuno di noi ha dovuto o deve affrontare nel corso della sua esistenza.

La psicologia infantile ha proposto alcune risposte che proverò a descrivere in modo sintetico. Secondo Meares i valori nascono e si generano all'interno di uno stato di benessere che viene dall'armonia, che è risultato

<sup>8</sup> Lichtenberg J., *Mestiere e ispirazione*, Cortina Editore, Milano, 2005.

<sup>9</sup> Terr L., *Il pozzo della memoria*, Garzanti, Milano, 1996.

della risonanza degli stati interni con quelli esterni. Questa affermazione si fonda su rigorosi studi di osservazione del comportamento neonatale e infantile. Gli studi di Infant Reserach definiscono questo senso di risonanza lo interpretano come essenziale per un sano sviluppo. Trevarthen<sup>10</sup> riferendosi ai suoi studi di osservazione del comportamento della diade madre-neonato, afferma che già a due mesi si può osservare una fine coordinazione tra espressioni facciali, vocalizzazioni e movimenti corporei tra il caregiver (per lo più la madre) e il bambino. Questa interazione finemente sintonizzata tra i due partner va concepita come un sistema unico costruito da due persone che quando funziona diviene fonte di piacere per entrambi. Studi successivi realizzati da Beebe e Lachmann<sup>11</sup> hanno evidenziato che è ugualmente importante che avvengano interruzioni in questa sintonia purché seguite da rapide riparazioni. Le fasi di rottura e riparazione accrescono la fiducia nella possibilità di riparazione e nella solidità del legame che si mantiene nonostante la presenza di eventi capaci di scuotere in profondità il sistema madre-bambino. Queste ripetute esperienze di rottura e riparazione permettono e favoriscono aspettative di mutualità, fiducia, recupero<sup>12</sup>; al contrario, secondo Sander<sup>13</sup>, quando il bambino viene precocemente esposto a ripetute esperienze di momenti mancanti si osservano nel comportamento rigidità, restrizioni nella spontaneità della iniziativa, ritiro da un mondo vissuto come inaffidabile ed in termini di aspettativa pericoloso. Insomma, per questi sfortunati bambini il mondo è un piccolo inferno, non un accogliente paradiso. Tronick<sup>14</sup> ha studiato la relazione madri depresse-bambino e le conseguenze sul comportamento e sullo sviluppo affettivo e cognitivo di questo ultimo, osservando come nei figli di madri depresse siano frequenti ritiri relazionali, focalizzazione sul contenimento delle proprie emozioni negative, assunzione di uno stile di regolazione autodiretto, disinteresse e scarso coinvolgimento nei confronti di un ambiente di cura vissuto come inaffidabile. L'altro atteso come nemico non stimola l'assunzione di valori costruttivi, dove per costruttivo intendo l'assunzione di atteggiamenti di attenzione all'altro da sé, di superamento dei confini del proprio Io. L'alterità opposta all'egocentrismo può diventare com-

<sup>10</sup> Trevarthen C., "Conversations with a two month old", *New Scientist*, 62: 230-235, 1974.

<sup>11</sup> Beebe B., Lachmann F.M., *Infant research e trattamento degli adulti*, Cortina Editore, Milano, 2003.

<sup>12</sup> Carli L., "La prospettiva intersoggettiva e lo sviluppo nell'arco di Vita", in *Le forme della intersoggettività*, Carli L., Rodini C., (a cura), Cortina Editore, Milano, 2008.

<sup>13</sup> Sander L.W., "Riflessioni sul processo dello sviluppo. Integrazione, specificità e organizzazione dell'esperienza conscia", in *Sistemi viventi*, Cortina Editore, Milano, 2007.

<sup>14</sup> Tronick E.Z. "Gli stati affettivi prolungati nel bambino e la cronicità dei sintomi depressivi", in *Le forme della intersoggettività*, Carli L., Rodini C., (a cura), Cortina Editore, Milano, 2008.

pito nello stesso tempo desiderato e titanico, perché inevitabilmente ci sentiamo attratti verso l'altro. L'Infant Research sottolinea la nostra innata socialità. Il desiderio dell'altro genera in chi ha vissuto esperienze di gravi frustrazione alle quali ho accennato in precedenza forti sentimenti di minaccia, di non accettazione se non terrori di poter essere oggetto di rifiuto attivo. Una immagine metaforica, ovvero siamo come degli assetati che hanno davanti a loro dell'acqua che desiderano bere ma che sanno essere nel contempo essere acqua inquinata che nel dissetare avvelena.

Quando i traumi sono violenti e ripetuti queste persone una volta adulte potranno vivere uno stato affettivo travolto dalla paura, fino a sperimentare stati dissociativi. Senso di irrealtà del mondo circostante derealizzazione e senso di estraneamento della propria persona che può comprendere anche il proprio corpo, depersonalizzazione. In una bella immagine dataci da Meares<sup>15</sup>, la persona, che è stata ripetutamente esposta ad esperienze infantili negative, si può sentire così poco solida da poter essere trascinata via dal vento. La letteratura sul disturbo borderline di personalità spesso lo considera come una conseguenza di un arresto evolutivo nella sfera del sé dovuto a traumi precoci dovuti a deficit dell'ambiente di cura primario genitoriale<sup>16</sup>. Nei casi meno drammatici si assiste ad un restringimento nel campo della coscienza<sup>17</sup> caratterizzato da un assorbimento della persona nei propri dolori e malesseri personali. Una sorta di adozione di una posizione narcisistica simile a quella descritta da Tronick<sup>18</sup>.

Anche la teoria dell'attaccamento offre spunti interessanti per comprendere che aspettative un individuo può sviluppare nell'ambito delle relazioni affettive. Ripetute esperienze di attaccamento negativo risulteranno in aspettative ed atteggiamenti sospettosi, guardinghi verso l'altro da sé. Per esempio, un bambino che non ha avuto la possibilità di vivere relazioni di attaccamento positive, diverrà sospettoso verso le relazioni affettive e potrà avere quindi problemi con l'intimità. Queste persone una volta adulte potranno essere competenti nei comportamenti di attaccamento con i figli, di affiliazione con gli amici, ma sentirsi fallite nella sfera dell'intimità, vivendo tragiche relazioni di alienazione e di isolamento sia con il proprio coniuge che con altre persone (Meares). Sono quelle persone le cui ferite affettive le rendono incapaci di sentire l'amore dell'altro verso di loro ed il loro verso l'altro.

<sup>15</sup> Meares R. *op. cit.*

<sup>16</sup> Zanarini M., Gunderson J., Maruino M. *et al.*, "Childhood experiences of borderline patients", *Comprehensive Psychiatry*, 30: 18-25, 1989.

<sup>17</sup> Janet P., *La medicina psicologica*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1994.

<sup>18</sup> Tronick E.Z. *op. cit.*

Il piacere descritto da Trevarthen è alla base dei sentimenti di autostima positivi che per Meares, seguendo la tesi del filosofo Urban<sup>19</sup>, sono l'equivalente psicologico del valore. Il piacere è qualcosa che sperimentiamo quando le risposte comportamentali dell'altro mostrano riconoscimento della nostra realtà personale. Ne deriva che quando un senso di riconoscimento non avviene allora accade un tipo di trauma dovuto ad una invalidazione di sé e svalutazione personale. Sono traumi legati alla reazione di un ambiente sociale che ferisce il nucleo più intimo di una persona per esempio ridicolizzandolo, svalutandolo. Quando questo riconoscimento dell'ambiente non avviene, oppure viene ripetutamente proposto un "falso riconoscimento", il bambino soffre di un danno allo sviluppo. Balint<sup>20</sup> osservò le deleterie conseguenze tra l'esperienza del bambino e la mancata percezione di essa da parte della madre. Kohut considerò centrale per lo sviluppo dell'uomo il bisogno di risonanza empatica, vedeva in questa mancanza di risonanza una causa importante di alterazioni dello sviluppo. I bambini che non hanno sufficiente esperienza di risposte fondate sul sentimento degli altri in relazione alle loro esperienze rimangono affetti da disforia persistente che comprende sentimenti di vuoto e di morte interiore<sup>21</sup>. Anche Sullivan<sup>22</sup> dava grande importanza agli attacchi di quelle che definì le emozioni tenere. Il sentimento prevalente in questo tipo di danni è quello della vergogna che in casi estremi può essere devastante e legarsi ad una perdita di valore personale. La vergogna, il sentirsi feriti, umiliati derisi nelle nostre più profonde esigenze affettive, hanno effetti devastanti sulla nostra salute psichica. Per esempio, situazioni terrificanti come l'esposizione a combattimenti violenti, possono condurre a bassi livelli di disturbo post traumatico da stress<sup>23</sup>. Mentre abusi sessuali che non hanno comportato gravi lesioni fisiche, hanno spesso lasciato gravi conseguenze sulla psiche della vittima. I dati di ricerca indicano che là dove ci sentiamo umiliati vi è un elevato potenziale patogeno per la nostra salute mentale, potenziale di rischio che è superiore a quello di quando siamo oggetto di violenza fisica, anche quando questa violenza può essere causa di gravi danni somatici per la vittima. Da qui l'idea che il trauma psicologico comporti una violazione a ciò che vi è squisitamente di più intimo e personale ovvero il sistema del sé con i valori che lo definiscono<sup>24</sup>.

<sup>19</sup> Urban R.M. Citato in Meares.

<sup>20</sup> Balint M., "On being empty of oneself", *International J Psychoanalysis*, 44: 470-480, 1963.

<sup>21</sup> Kohut H., *La guarigione del sé*, Bollati Boringhieri, Torino, 1980.

<sup>22</sup> Sullivan H.S., *Teoria interpersonale della psichiatria*, Feltrinelli, Milano, 1977.

<sup>23</sup> Lee K., Vaillaint G., Torrey W., Eider G., "A 50-year prospective study of psychological sequelae of World War II combat", *American Journal of Psychiatry*, 152: 516-522, 1955.

<sup>24</sup> Meares R., *op. cit.*

I traumi di questa natura ovvero attacchi diretti alla persona, intesi come mancanza di validazione di sé vengono memorizzati in un sistema di memoria differente da quello che sottende la coscienza comune, vengono memorizzati come fatti. Questi fatti informano il soggetto che è cattivo, inetto, stupido incompetente. Poiché la memoria non comprende l'evento, la persona non si accorge che è un ricordo, ma viene vissuto come appartenente al presente quando stimolato da reazioni contingenti. Si genera un vissuto legato ad un senso di sé tragico nel suo sentirsi incapace di essere meritevole di amore. Nel trauma il tempo si trasforma, il passato diviene iperpresente in maniera intrusiva. de Zulueta<sup>25</sup> descrive il caso di un suo paziente che aveva ucciso la figlia. La sua era la tipica storia di genitori che maltrattano e uccidono i figli ma è anche la descrizione di come infiniti episodi di abuso infantile predispongano al divenire abusatori. È una sorta di tragica ripetizione di un infernale schema vittima-carnefice. Sappiamo che l'essere abusato rende 20 volte più probabile l'essere abusatore<sup>26</sup>. In qualche strano e tragico modo, la piccola uccisa da ripetuti colpi al torace dal signor Brown, aveva messo in contatto in modo violento questo padre con i suoi sentimenti di un insopportabile dolore subito per gli abusi provati nell'infanzia. Sembra probabile che nello scuotere la figlia fino all'ucciderla, il signor Brown chiedesse alla figlia qualcosa che non poteva dargli: il vissuto di essere una persona buona e meritevole. C'è un dolore, un terrore angoscioso che non riesce a sparire. Benché apparentemente dimenticata, l'esperienza della crudeltà o della indifferenza genitoriale, potrebbe essere stata memorizzata nel modo descritto da Tulving<sup>27</sup>. Un'ipotesi accreditata anche nell'ambito delle neuroscienze oltre che dalle teorie psicodinamiche del funzionamento mentale, è che queste esperienze traumatiche possano venire riattivate dalle urla dalle lacrime dei propri figli, questa disperazione filiale potrebbe aver riaccessato nel genitore il ricordo del suo disperato bisogno di essere amato, desiderato. Così il dolore della bambina diventa fonte di lancinante dolore nel genitore. C'è un imperativo nella mente nel cuore di queste persone: far cessare il tormento che si è riattivato in loro. Questo sistema di memoria invade lo stato di coscienza di questa persona, il processo riflessivo viene annullato e con esso quello dei sistemi di valutazione e di controllo dell'Io. Una ulteriore ipotesi neuro-scientifica è legata alla modificazione del flusso sanguigno nel cervello. In uno stato di paura, di angoscia o di tensione

<sup>25</sup> de Zulueta F., *Dal dolore alla violenza*, Cortina Editore, Milano, 1999.

<sup>26</sup> Egeland B., Jacobvitz D., Papatola K., "Intergenerational continuity of parental abuse", Gelles R.J., Lancaster J.B., (eds), *Child abuse and Neglect*, Aldine de Gruyter, New York, 225-276, 1987.

<sup>27</sup> Tulving E., "What is episodic memory?", *Current Direction in psychological Sciences*, 2: 67-70, 1993.

vengono attivati gli ormoni dello stress che modificano il flusso di sangue al cervello. In situazione normali, il sangue fluisce al cervello concentrandosi soprattutto nel pro-encefalo, la sede del controllo conscio. In condizione di stress i vasi del proencefalo si restringono, dirottando il sangue verso il romboencefalo, il centro dei riflessi inconsci. In sintesi : quando abbiamo paura, sotto stress, diventiamo più reattivi e meno razionali.

L'ipotesi psicodinamica del funzionamento mentale può permettere una comprensione della violenza umana ma questa si arresta davanti alle ricerche che ci dicono che storie personali apparente simili esitano in destini diversi. Come scritto in precedenza, sappiamo che l'essere abusato rende 20 volte più probabile l'essere abusatore ma sappiamo anche che non tutti i bambini abusati riproducono poi questi pattern con i propri figli o altri bambini<sup>28</sup>.

de Zulueta<sup>29</sup> propone un collegamento diretto tra il male subito ed il male inferto, è un collegamento forte che a mio parere suona di riduzionismo psicologico perché toglie all'uomo colpevole quel senso di responsabilità nel male prodotto. Una domanda alla quale non è facile trovare risposta è : ma davvero questo uomo non aveva riconosciuto che quella bambina che stava aggredendo a morte fosse un essere umano, nel caso particolare la figlia? Un pensiero stimolato dalla lettura di questo caso è che forse il carnefice voleva liberare la vittima dal male che aveva dentro sé stesso (attribuzione dei vissuti paterni alla piccola figlia) ed evitare alla figlia di vivere una vita sentita e pensata come infernale, non degna di essere vissuta. La domanda formulata in precedenza, rimanda alla relazione esistente tra condizione psicologica (psicopatologica) e libertà e responsabilità dell'uomo. La teoria della riattuazione propone e permette una possibile comprensione del comportamento violento che è inevitabilmente una comprensione parziale. Il rischio è la saturazione di questa comprensione. La violenza morale o fisica può generare nella vittima un senso di colpa insidioso e di indegnità che la porterebbe a percepirsi come persona colpevole e sporca e moralmente indegna. Così, l'abuso diventerebbe un modo di padroneggiare il trauma subito, in sintonia con la teoria della riattuazione, estremo e tragico tentativo di liberazione di questo senso di indegnità<sup>30</sup>. L'abuso diverrebbe una azione liberatoria, purificatrice di un male inconciliabile che vive dentro di noi.

<sup>28</sup> de Zulueta F., *op. cit.*

<sup>29</sup> Egeland B. Jacobvitz D., Papatola K., "Intergenerational continuity of parental abuse", Gelles R.J., Lancaster J.B., (eds), *Child abuse and Neglect*, Aldine de Gruyter, New York, 225-276, 1987.

<sup>30</sup> Howitt D., *Pedofilia e reati sessuali contro i bambini*, CSE, Torino, 2000.

## Quale uomo per quale male?

Comprendere il male è complesso soprattutto se lo si guarda con occhi scientifici, per esempio l'osservazione scientifica deve riconoscere che a parità di storie personale si hanno esiti diversi. Come già ricordava Pio XII<sup>31</sup> all'uomo rimane la libertà di governare i moti inconsci che possono spingerli anche alle azioni peggiori. Il fatto che vi sia una forte spinta interna non significa necessariamente l'impossibilità di agire ciò che siamo spinti a fare.

Un esempio viene dalla clinica di persone che hanno subito tortura. Molti clinici per spiegare l'aggressività incontrollata, le improvvise crisi di violenza, le difficoltà di rapporto che una vittima di tortura ha con l'ambiente circostante stabiliscono una corrispondenza piuttosto frettolosa tra la violenza lamentata dalla vittima di tortura e la violenza del torturatore (identificazione con l'aggressore). Sironi<sup>32</sup> contesta questa corrispondenza, perché a suo giudizio, queste teorie non sottolineano la strenua lotta in atto in queste persone contro l'incomprensibile violenza che li invade. "E più forte di me, dice MW. Non so cosa mi prende, sento parlare quelli che mi stanno intorno ed improvvisamente mi assale la mania di non essere d'accordo. Ma non faccio nulla, mi alzo e me ne vado". Il brusio delle voci forse sono state lo stimolo che hanno automaticamente riattivato la memoria del dolore e della rabbia ad esso associato. Ma MW non cede alla tentazione di violenza.

Il dominio della psicologia scientifica è quello di studiare l'ambito di questi dinamismi, proporre modelli di comprensione e strategie per ridurre l'intensità. Ma nel proporre una identificazione tra la dittatura del dinamismo istintivo e la soppressione della libertà, le scienze umane corrono il rischio di esulare dal loro ambito (come quando la biologia evoluzionistica arriva a sostituire Dio con l'uomo) finendo per proporre una antropologia umana priva di trascendenza e di spiritualità; Pio XII<sup>33</sup> intravede un rischio di ridurre l'uomo al rango di bruto. Per il cattolico si corre il pericolo di una sopravvalutazione del proprio sapere e della tecnica che da esso deriva, sapere che quando è solo concentrato sul funzionamento mentale dimentica ciò che vi è di essenziale nell'uomo: l'anima.<sup>34</sup> Il lavoro degli psicoterapeuti avviene, sempre

<sup>31</sup> Pio XII, *Discurso a los participantes en el V congreso internacional de psicoterapia y de psicología clínica*, Roma, 13 abril de 1953.

<sup>32</sup> Sironi F., *Persecutori e vittime*, Feltrinelli, Milano, 2001.

<sup>33</sup> Pio XII, *Discurso a los participantes en el V congreso internacional de psicoterapia y de psicología clínica*, Roma, 13 abril de 1953.

<sup>34</sup> Il Santo Padre continua il suo discorso sostenendo che certe forme di psicoanalisi possono essere pericolose perché rischiano di legittimare il male. Su questo tema si era già espresso l'anno precedente ponendo interessanti questioni di bioetica applicate al mondo psicoterapico come quelle rappresentate dal rendere coscienti ad ogni costo dinamismi che è bene che rimangano e inconsci.

per citare Pio XII, in un terreno molto difficile, potrà portare preziosi risultati sia per la salute mentale che per quella spirituale, aiutando l'uomo a comprendere come certe difficoltà psichiche possono interferire con la relazione della spiritualità, aiutandolo a rendere questo incontro meno inquinato dai nostri conflitti personali. Queste ultime note introducono l'importante questione della relazione tra psicoterapia e spiritualità.

## **Il religioso e lo spirituale in psicoterapia**

Una mia paziente, ospedalizzata in un importante istituto oncologico, riferiva frequenti minacce di suicidio e di rifiuto dei trattamenti dopo la comunicazione della diagnosi di carcinoma mammario. Per questa donna, poco più che quarantenne, che nel passato si era impegnata in attività di elevato significato sociale (assistenza agli infermi) e che ispirava la sua vita a norme religiose, la malattia si configurava come una punizione non meritata "non meritavo questo" che portava con sé un momentaneo abbandono dei valori e degli ideali fondanti fin lì la sua esistenza. L'ideazione suicidale, che prima della malattia era fantasia ascritta al male, si trasfigurava in una forma di rivalsa e vendetta per il "tradimento" subito. Prigioniera di una rabbia rivendicativa che la incistava in un narcisismo maligno e distruttivo, questa donna sintetizzava il suo dolore ed il suo smarrimento coltivando una ideazione che ella stessa percepiva come una sfida carica di aggressività diretta verso Colui che avrebbe dovuto proteggerla. L'interrogativo del perché si era ammalata la portava a vivere esperienze di frustrazioni e di conflitto nel rapporto con Dio. Queste tensioni rabbiose verso Dio generavano sentimenti di solitudine e di colpevolezza. Il lavoro psicoterapico, effettuato in regime ospedaliero e organizzato su un intervento che inesorabilmente sarebbe stato breve, si focalizzava (anche) sulla relazione aggressiva con la spiritualità e come tale si orientava a depurarne l'uso dalle ansie persecutorie e rivendicative in essa proiettate. Già durante il lavoro clinico di liaison, richiedente un numero limitato di incontri, la paziente superava le sue intenzioni suicide, diveniva collaborante con gli oncologi e una volta dimessa dall'ospedale riprendeva il cammino spirituale interrotto verso quella che per noi cattolici è la verità con l'aiuto di un sacerdote una volta lasciato l'ospedale.

La sofferenza può essere psicologicamente vissuta come una pena da scontare per aver commesso una grave colpa. Un giovane padre, 29 anni, di due figli sofferente di un raro tumore del distretto cervino facciale, mi dice di quanto sia difficile la notte perché l'oscurità evoca in lui i sentimenti di solitudine e domande sul perché della malattia, domande che lo portano ad esplo-