

COME LA PSICHIATRIA E LA PSICOTERAPIA AFFRONTANO IL TEMA DEL LAVORO

Daniele Moretti

Sono il responsabile di un centro di salute mentale a Finale Ligure (in Liguria è la struttura di cura equivalente al CPS in Lombardia) in cui opera una équipe pluriprofessionale che si occupa dell'assistenza psichiatrica nel territorio di competenza di circa 60.000 abitanti. Il tessuto sociale della nostra zona è condizionato da una cultura ancora di tipo rurale e da attività lavorative prevalentemente turistiche e a conduzione familiare.

Il nostro modo di curare parte dal presupposto che ciò che ci appare, i cosiddetti sintomi, non siano semplicemente la diretta conseguenza di qualche causa biologica o malfunzionamento cerebrale, ma piuttosto siano il frutto di un percorso psicopatologico, cioè il punto di arrivo di un percorso di vita durante il quale alcuni nodi problematici siano stati tamponati fino al punto in cui le soluzioni adottate in precedenza non sono state più utili, conducendo ai quadri conclamati della clinica (ciò implica una concezione psicodinamica della vita mentale, secondo un modello dialettico di interazione tra la persona e la sua vulnerabilità. Stanghellini e coll. 2009).

Come è nostro stile, quando affrontiamo i problemi clinici e organizzativi che incontriamo quotidianamente, anche in questo caso abbiamo riflettuto in gruppo sulle questioni poste dal tema della Giornata di Studio 2011: preliminarmente abbiamo esplorato nella nostra realtà lavorativa i concetti chiave evidenziati dal titolo del convegno; parole come paura, illusioni, sofferenza, stress, fatica e lavoro sono famigliari nella prassi del nostro servizio, sono espressioni usuali di pazienti, dei loro congiunti, ma anche nostre.

L'etimo di *lavoro* (dal latino labor come fatica, ma anche dal più significativo tripalius da cui deriva travaglio e che allude ad uno strumento di tortura) indica chiaramente la dimensione della sofferenza, del vacillare sotto il peso della fatica o persino della

tribolazione, della tortura (lavoro riconduce a travail nelle dizioni francofone o nel nord d'Italia); questa semplice ricognizione etimologica ci ha sorpreso e ha collocato il lavoro, sulla cui direttrice affidiamo una quota della riabilitazione e quindi del benessere dei pazienti, in una prospettiva affatto diversa e un po' più problematica.

Il termine *fatica* ricorre assai poco nella redazione dei nostri diari clinici, ma essa è una compagna assidua dell'attività terapeutica dei curanti alle prese con la ripetitività usurante della cronicità psichiatrica; nel nostro lessico colloquiale la fatica designa il compito gravoso e speculare sopportato dai pazienti nella quotidiana lotta con i limiti della malattia (per es. "*fa fatica a seguire il progetto riabilitativo, non ce la fa*"; "*fa fatica a trattenersi, sta per esplodere dalla rabbia*"), col significato di uno sforzo della volontà, di un lavoro svolto da una parte rimasta integra e costruttiva della personalità che cerca di dirigere deliberatamente il proprio sé perseguendo dei fini condivisibili o tentando di controllare l'eruzione delle proprie emozioni (la radice *labh* di labor ha il senso figurato di volgere il desiderio, la volontà, l'intento a qualcosa).

Più affine al linguaggio tecnico è la parola *sofferenza*, che esprime sopportazione, pena, patimento, più o meno racchiusi e definiti in sintomi precisi e accorpati in una qualche sindrome psichiatrica. La sofferenza sembra rappresentare un'abdicazione alle capacità steniche dell'individuo, una sopraffazione delle sue capacità omeostatiche determinando una lesione della sua integrità e l'invasione del malessere che può assumere appunto forme diagnosticabili o meno. Fatica e sofferenza sembrano situarsi al di qua e al di là di una soglia che discrimina tra un atteggiamento attivo ed uno più rinunciatario.

La *paura* è il convitato di pietra dell'assistenza psichiatrica, è lo spettro che da sempre si aggira intorno alla malattia mentale: è il timore del contagio psichico, dell'insensatezza ingovernabile, riflesso di un nucleo insondabile e disdicevole racchiuso in ciascuno di noi. La paura può pervadere il paziente, i suoi famigliari e il nostro personale. La formazione, l'assetto organizzativo e molte delle nostre pratiche risentono dell'alone di questa emozione: il nostro servizio affronta la paura con sistemi difensivi, precauzioni atte a scongiurare eventi tragici, ma anche con una riflessione costante sulle nostre emozioni più turbative svelate dal rapporto stretto con i pazienti.

Oltre che uno dei disturbi della percezione, un errore dei sensi, l'*illusione* significa inganno, è la cifra del rapporto con il paziente psichiatrico, dell'inganno che si è reiterato nella concezione manicomiale della custodia e del controllo dei malati, ma, in qualche caso, anche successivamente nell'assistenza territoriale del dopo riforma 180, fino a quando i pazienti non sono stati considerati degni titolari della propria salute psichica, ma solo soggetti passivi da convincere a seguire le cure.

Lo *stress* è un concetto che ha riscosso notevole fortuna in campo psichiatrico e non solo: etimologicamente indicativo di una pressione, una strizzata, ma anche di una strettoia, *stress* è diventato sinonimo di sovraccarico emotivo, per lo più esteso nel tempo e foriero di disturbi psichici e fisici in quanto in grado di avviare i processi di reazione del nostro organismo agli stimoli, che se protratti nel tempo provocano alterazioni neuroendocrine con conseguenze dannose note come i disturbi psicosomatici, i disturbi d'ansia, disregolazioni endocrine, abuso di sostanze, malattie cardiovascolari, ecc. Sono di recente acquisizione le scoperte di neuroimaging in cui si evidenzia l'azione erosiva dello stress sulla potatura delle ramificazioni dendritiche.

E' evidente che le aree di sovrapposizione e di intersezione di questi concetti sono molte, mentre la transizione dallo stato di fatica a quello di stress per arrivare a quello di sofferenza è costellata di tappe difficilmente individuabili tra soggetti diversi e spesso nello stesso soggetto in epoche diverse, in relazione alla modulazione esercitata da ciascuno grazie alla propria personalità, alla propria storia, al supporto delle persone significative, agli eventi della vita: un evento stressante possiede un'azione più o meno erosiva delle barriere difensive in relazione alle capacità di coping del soggetto, così come una pressione ambientale, ad esempio un compito lavorativo, può determinare una fatica che esaurisce le forze oppure può contenere elementi trasformativi e maturativi: ciò accade perché l'impegno richiesto rappresenta una novità, una possibilità verso cui protendere la propria capacità di assimilazione e di crescita e non viceversa come un'esperienza che sovrasta le capacità mentali di una persona (Stanghellini e coll. 2009). Citiamo a titolo di esempio, esteso alla nostra realtà lavorativa, il fatto che recentemente è stata imposta una modifica delle procedure al nostro servizio allo scopo di uniformarle ad altri servizi dello stesso dipartimento di salute mentale: vivendola esclusivamente come una prevaricazione, il nostro gruppo fatica a rintracciare una potenzialità insita nel cambiamento - nonostante autonomamente avesse già ravvisato delle criticità nell'assetto precedente - e ne coglie prevalentemente il carattere di minaccia alla nostra identità, alla cui intangibilità ci appelliamo con tenacia.

Dopo questa premessa etimologica, ci siamo chiesti quale contributo avremmo potuto offrire ad una riflessione sulla dimensione lavorativa, noi che rivestiamo un ruolo di professionisti dell'aiuto: il problema *lavoro* ritorna in molte occasioni nell'ambito dell'attività clinica del nostro centro per cui abbiamo cercato di condensare i vari aspetti del tema in alcune aree di riflessione.

1. Il lavoro è una delle dimensioni ineludibili della condizione umana con cui il soggetto in salute o sofferente si confronta nel suo percorso di vita, sia che svolga o meno un'attività lavorativa (perché non ha ancora un lavoro, ma lo cerca, lo ha appena perso, perché il lavoro gli crea conflitti e sofferenze ecc...) per cui la richiesta di aiuto da parte di un soggetto ci può essere rivolta per

gestire interiormente le proprie dinamiche psichiche sollecitate dal suo declinarsi nell'attività lavorativa; è evidente che un percorso di riflessione interiore esplora ambiti diversi della vita di relazione e non solo di quella lavorativa, risultando quest'ultima più un pretesto per un scambio psicoterapico che un unico focus su cui elaborare i vissuti.

Solitamente singoli individui ci sottopongono condizioni psichiche caratterizzate tra gli altri da conflitti in ambito lavorativo che generano ansia, depressione, disturbi psicosomatici, tutti generalmente attinenti alla sfera della patologia nevrotica e affettiva (che usualmente definiamo come psichiatria di minor gravità). In questi casi è il soggetto che lamenta una propria difficoltà ad adattarsi all'attività lavorativa, spesso a causa di attriti con l'autorità, di relazioni frustranti con i colleghi, di scarse gratificazioni, di insulti alla stima di sé. Come detto in premessa, la realtà lavorativa in questi casi è frequentemente lo scenario in cui si manifestano i conflitti del paziente, è la condizione che rivela una parte disfunzionale del sé. A questi casi rivolgiamo gli interventi di tipo psicoterapico e dialogico, nei quali, non escludendo eventuali trattamenti farmacologici, si mira, più che allo spegnimento chimico del conflitto, al suo utilizzo come guida ad un' esplorazione del mondo interno messo in discussione da un determinato evento: attraverso il chiarimento delle modalità con cui si è prodotto il conflitto il paziente prende atto delle sue modalità di funzionamento e assume prospettive alternativa alla propria. È il caso di una mia paziente depressa da quando ha volontariamente lasciato il lavoro che amava; in seguito a questo atto ha sviluppato un delirio di colpa che la ossessiona e la spinge al suicidio. Con la psicoterapia emerge una configurazione antropologica vulnerabile assai vicina al costruito teorico del *typus melancholicus* (Tellenbach, 1961): i tratti significativi, l'imperativo morale della paziente erano la ricerca esasperata di consenso degli altri significativi, la necessità di evitare attribuzioni di colpa, soddisfacendo aspettative e richieste altrui prima che fossero esplicitate. Questo binario etico la conduceva ricorrentemente nei pressi di una condizione predepressiva: da una parte sovraccaricarsi di impegni e lavoro per essere ben visti e in armonia con le supposte pretese altrui e dall'altra, di conseguenza, rimanere indietro rispetto all'esorbitante quantità di impegni che si sono presi in ossequio alla propria incoercibile necessità di approvazione sociale. Questa situazione la conduce alle soglie dello scompenso depressivo caratterizzato dalla trasformazione catastrofica del debito rispetto a quanto ripromesso, in colpa. Prendere posizione rispetto a questo suo essere così, tramite il rapporto psicoterapico, le ha permesso di aprire un dialogo con la sua identità sociale e lavorativa che dava per scontata e assimilare l'evento del licenziamento con minor colpa, ricostruendo una trama narrativa.

Gli strumenti utilizzati sono, dunque, quelli dell'ascolto, del contenimento emotivo, del consentire un racconto, del dare un senso agli avvenimenti, dell'interpretazione.

L'ascolto è la condizione preliminare di ogni rapporto di cura: il paziente parla, compie atti linguistici con cui agisce e cambia; le frasi pronunciate esercitano un'influenza sugli altri, ma provocano modificazioni anche sul parlante: questo perché col linguaggio il parlante ricostruisce la sua esistenza, reinventa la sua storia, regola le sue emozioni, dà forma alle sue esperienze in modo da renderle il più possibile integrate con il proprio sé. Questa opera di sistematizzazione dei vissuti con l'atto linguistico può essere già terapeutica.

Se il linguaggio è la forma principale di contenimento emotivo, il contesto in cui avviene l'ascolto è altrettanto importante per arginare le emozioni: luoghi ordinati, una procedura stabilita, in generale uno stile codificato da parte del personale del nostro centro hanno una funzione regolativa e rassicurante ancor prima che le parole inizino a fluire dal paziente.

Il racconto - la narrazione, si potrebbe dire - è lo strumento col quale ciascuno di noi ordina in una sequenza temporale i propri avvenimenti interni, i propri vissuti, e dà un senso al proprio esistere. *Noi siamo un colloquio*, così Eugenio Borgna titola un suo libro (Borgna 2000), a sottolineare la natura discorsiva e intersoggettiva della persona: nel dialogo incessante e per lo più silenzioso con sé stessi e con l'altro si integrano e assimilano le esperienze emotive. L'invito al raccontarsi è quindi il fondamento di ogni rapporto di cura.

Il concatenamento delle esperienze vissute come successione sensata è il risvolto ermeneutico della cura, non intesa come lo svelamento della causa dei sintomi, ma nel rendere ragione di certi avvenimenti. Il paziente può chiedere con insistenza e pervicacia cosa gli ha procurato i sintomi del disturbo d'ansia, quale malattia gli sta facendo questo scherzo oppure cercare di collocare l'insorgenza del sintomo in un determinato momento della sua vita, in relazione significativa con ciò che lo attornia e che gli muove o meno delle emozioni.

L'interpretazione aggiunge qualcosa al discorso, svela ciò che è inedito o non ancora ben evidente: è un processo di condivisione di una nuova comprensione degli accadimenti tra curante e curato.

2. Il lavoro è uno degli assi della riabilitazione psicosociale: stiamo parlando delle patologie più gravi in cui il lavoro è un traguardo del recupero di persone giovani ostacolate dal processo psicotico. In questi casi oltre alla dimensione soggettiva, alla posizione del malato di fronte alle proprie difficoltà lavorative, l'azione terapeutica si rivolge concretamente alla situazione lavorativa con interventi fatti

in loco con i datori di lavoro, affrontando concretamente i problemi incontrati dai pazienti intralciati dai propri disturbi psichici.

Il lavoro è anche un nostro specifico ambito di intervento in quello che definiamo come *riabilitazione psicosociale* per i pazienti gravi del nostro servizio: si tratta di persone con diverse disabilità sociali a causa della malattia psichiatrica, generalmente una grave psicosi, in cui l'inserimento o il rientro all'attività lavorativa rappresenta una delle direttrici di cura, insieme a quello dell'abitazione e dei rapporti interpersonali. In questo aspetto della patologia psichiatrica appare evidente ciò che è silenziosamente riposto nelle pieghe della quotidianità, e cioè che il rapporto con il lavoro non è così scontato e ovvio, ma è il frutto del superamento incessante di numerose difficoltà nella vita di tutti i giorni per riuscire a sostenere un'attività lavorativa (qui ritorna il discorso della fatica). Solitamente non riconosciamo e non ci riconosciamo questa dotazione implicita che permette di svolgere il nostro lavoro e che invece si evidenzia in difetto nei malati.

Il compito della nostra equipe, per mezzo delle diverse figure professionali presenti, è quella di percorrere tutte quelle tappe necessarie per accedere ad una attività lavorativa: è un'opera di accompagnamento del paziente, graduale e progressiva, fatta di conquiste, ma anche di fallimenti e arretramenti. Gli strumenti adottati sono la relazione col paziente ed un sostanziale rapporto di fiducia con gli operatori di riferimento, strutture intermedie che aiutano, con il gradiente di stimolazione flessibile, a sperimentare senza angoscia quei presupposti procedurali che sono al fondamento di ogni impegno lavorativo (il rispetto degli orari, un'ordinata scansione temporale del proprio agire, l'attenzione alla forma e alle convenzioni, la gestione delle emozioni nelle situazioni di sovraccarico e stress, ecc.). L'operatore psichiatrico è una sorta di tutor che segue il paziente in questo percorso e affronta con lui gli inevitabili ostacoli che si frappongono. In definitiva anche qui c'è un percorso terapeutico che, sintetizzando, possiamo definire di mediazione e tensione dialettica tra regressione e timore del nuovo, emancipazione e assimilazione di nuove acquisizioni. In molti casi - va detto - il lavoro è più un traguardo da raggiungere, una meta a cui tendere che il medium vero e proprio per l'inserimento sociale: in alcuni casi il processo si arresta a forme di lavoro protetto, vuoi per una radicale incapacità del paziente, vuoi per errori da parte nostra nel graduare gli interventi e vuoi - e non è di poco conto - per le attuali oggettive difficoltà del mercato del lavoro che già assorbe solo parzialmente l'inserimento di persone non problematiche ed è ancor meno recettivo nei confronti dei pazienti psichiatrici più gravi.

3. Il lavoro è la condizione specifica che connota la nostra stessa equipe (sia come insieme di individui a loro volta sofferenti, sia come gruppo di lavoro) sottoposta a stress, fatica e sofferenza, impegnata in un centro psichiatrico a contatto con una patologia cronica, sovraccarica di emozioni, a volte ripetitiva e frustrante, spesso soggetta a stigma: si tratta di una equipe, come altri analoghi gruppi di lavoro, in continuo stato di tensione dialettica con altre istituzioni, anch'esse sofferenti, minacciata dalla precarietà, ma anche sollecitata dalle opportunità che si dispiegano per le modifiche periodiche dell'assetto organizzativo e delle risorse. Come scritto in premessa, anche la nostra stessa equipe è oggetto di una riflessione continua e quasi quotidiana e di interventi che noi chiamiamo di *manutenzione*: lo staff di un centro di salute mentale è sottoposto a numerose sollecitazioni sia interne che esterne, vi è una continua migrazione di emozioni tra l'ambito di intervento del nostro servizio (che come abbiamo visto è assai eterogeneo) e l'atmosfera emotiva al nostro interno. Siamo consapevoli che la nostra temperatura emotiva è in grado di condizionare la salute dei nostri utenti e d'altronde le loro vicissitudini emotive incidono grandemente sulle nostre reazioni in una circolarità che rischia continuamente di diventare pernicioso. A sovradeterminare tutto questo ci sono poi i cambiamenti organizzativi, il turnover del personale, la riduzione delle risorse, la loro ottimizzazione, nuove procedure, le minacce medico-legali, ecc.

Nella mia esperienza di responsabile dell'equipe ritengo fondamentale il riconoscimento e la valorizzazione di ciò che facciamo, il rendere evidenti gli oggetti immateriali che produciamo, le idee i progetti terapeutici, i risultati ottenuti. E' un'acquisizione maturata nella mia formazione presso lo Studio APS e poi confermata sul campo. La riunione quotidiana dell'intera equipe è il fulcro del lavoro di gruppo: è una sorta di liturgia rassicurante, scandita da un rituale preciso (orario prefissato, scaletta degli interventi, obbligo di presenza), ma è, per questi motivi, uno spazio garantito di discussione, di partecipazione, di contributo collettivo alla gestione delle problematiche che afferiscono al nostro servizio. Cerca di essere uno spazio democratico, in cui non ci sono gerarchie di saperi, ogni contributo è prezioso perché nel pensiero e nell'agire umano, normale o patologico, non ci sono percorsi predefiniti a cui appellarsi, ma occorre una ricostruzione articolata e creativa del senso della esperienza dei pazienti da parte di tutti. Di conseguenza le decisioni operative vanno condivise dal gruppo, altrimenti il rischio di una frammentazione degli interventi, la mancanza di sinergia e convinzione, vanifica ogni progetto, per quanto innovativo e rispettoso delle linee guida del momento.

La riunione d'equipe è anche un porto di mare (come nella felice definizione di Berti Ceroni), un luogo dove gli operatori possono scaricare le tensioni, condividere le ansie, i crucci, cercare di ristabilire una giusta distanza emotiva

dalla situazione clinica, una specie di disintossicazione da elementi identificativi e proiettivi che coinvolgono gli operatori e li ingabbiano quando sono lasciati soli a gestirli in quanto non vengono adeguatamente supportati dall'equipe. Può anche accadere che un membro dell'equipe mostri una sofferenza variamente declinata, in relazione a vicende personali o ad una sofferenza più estesa dell'intero gruppo di lavoro: spesso siamo entrati in crisi per questo motivo con il rischio di dar corso ad una tentazione espulsiva ed evacuativa sempre in agguato nei confronti dei colleghi in difficoltà. Mi aveva colpito, a proposito, una osservazione del dr. Orsenigo durante una supervisione, rispetto a questa paradossale resistenza di un servizio di cura come il nostro a prendersi cura di un suo stesso membro in crisi: il luogo deputato alla comprensione della sofferenza rinuncia a capire ciò che ha più vicino!

Ancora una volta il ricorso ai modelli dialettici che prevedono il confronto e lo svolgimento delle contrapposizioni mi pare la strategia più utile ad affrontare situazioni lavorative conflittuali e generatrici di sofferenza con il fine condiviso e sempre ricercato di pervenire ad una sintesi e ad una ricomposizione dei contenziosi.

Credo che sentirsi un gruppo tendenzialmente coeso - nonostante si conceda di lacerarsi in visioni divergenti - conscio delle proprie capacità, sollecitato a formarsi e a rinnovarsi, ma rispettandone l'esperienza e i valori, costantemente riconosciuto e valorizzato, siano gli ingredienti essenziali per una discreta efficienza di un servizio come il nostro, quindi per poter faticare senza troppa sofferenza. Una delle cose che ci ripetiamo spesso è che dobbiamo lavorare e faticare, ma anche appellarci a quella quota di passione e coinvolgimento che conserva ancora la nostra professione e grazie a questa divertirci.

4. Il lavoro è stato oggetto di riflessione su alcune realtà istituzionali che si sono rivolte al nostro centro nell'ambito di programmi di educazione sanitaria (nelle scuole) o di liaison (con i reparti del nostro nosocomio). Sono state esperienze molto interessanti e formative che hanno segnalato precipuamente la difficoltà delle istituzioni a mettersi in discussione, preferendo l'isolamento e l'individuazione di singoli soggetti sofferenti da curare piuttosto che prendere in considerazione la propria organizzazione, i propri dispositivi, i codici tramandati, le reazioni emotive del gruppo. Negli incontri la richiesta è ripetutamente quella di delimitare degli strumenti esplicativi chiari e definitivi, suggeriti da un'autorità più competente della loro alla comprensione dell'animo umano, nonostante che si sia già sperimentato il fallimento di strategie preconfezionate e dettate da altri. Gli interventi che abbiamo attuato in questi casi sono stati quelli rivolti ad una maggior consapevolezza delle proprie risorse partendo proprio da una migliore identificazione delle proprie paure, ansie e difficoltà.

5. Il lavoro è stata una condizione particolare con cui ci siamo confrontati nella storia del servizio quando si sono rivolti a noi alcuni reduci dell'attentato di Nassirya in Iraq, per cui abbiamo esplorato quell'assetto lavorativo del tutto speciale che è l'attività dei militari nelle varie missioni di peace keeping. Cinque carabinieri con un disturbo post traumatico da stress e la madre di uno dei carabinieri dilaniati dall'esplosione per una comprensibile depressione reattiva si sono rivolti al nostro centro per essere aiutati.

E' la storia di un trauma di proporzioni catastrofiche che ha causato il disturbo nei reduci e il comprensibile grave lutto nella madre, è la storia dell'azione del nostro esercito che ha contribuito a perpetuare il disturbo rallentando involontariamente il rientro alla normalità dei soldati ed è un esempio della difficoltà di questi pazienti nel ristabilire un filo narrativo, attraverso l'integrazione nella propria storia di vita dell'evento traumatico stesso. Il trauma è tale nel momento in cui non trova posto nella propria identità narrativa, è l'esatto contrario della narrazione che vede nel nuovo una possibilità a cui rivolgere le proprie capacità di assimilazione, crescita, elaborazione (Stanghellini 2009). L'opposizione tra trauma e narrazione è un possibile codice interpretativo della dialettica tra fatica e sofferenza: il trauma provoca stress cronico e sofferenza e rimane come un corpo estraneo che sfugge alla possibilità di far parte del tessuto della nostra coscienza; la narrazione riprende l'evento in un'opera continua e interminabile, un faticoso rimaneggiamento della propria identità. Da questo compito , cioè dal dinamico compromesso tra fedeltà a se stessi e adattabilità ai contesti della vita sociale, dipende la storicità della nostra esistenza, la nostra vitalità.

I nostri militari, lasciati soli a gestire il proprio trauma, impreparati ad affrontare la situazione stressante di un'azione di guerra, sorpresi e attoniti di fronte all'enormità di un simile accadimento, al rientro in Italia non hanno trovato quelle strutture di supporto previste in altri paesi che facilitano il rientro alla normalità, non hanno trovato il sostegno pratico che permette di lasciare un ruolo importante per adottarne un altro in ambito civile e inoltre è mancata quella narrazione collettiva che caratterizzava le guerre di una volta in cui purtroppo anche i civili erano coinvolti. Colpiva il racconto di uno di loro che diceva: *"quando racconto tutti mi guardano stupiti e increduli "* : il trauma, invece di estinguersi nel fluire della loro esistenza in una trama narrativa, come una scheggia si è conficcato sempre più nella carne della loro esperienza.

Il nostro Centro di Salute Mentale ha tentato di recuperare il racconto degli eventi, ha accolto la rabbia e il senso di colpa dei sopravvissuti, li ha aiutati a rientrare negli abiti civili e nel disbrigo delle pratiche di riconoscimento dei danni subiti, in modo da attenuare il più possibile quegli intralci, che, rimarcando

continuamente i contorni vividi del trauma, ne impedivano l'assimilazione nella propria storia di vita.

Vorrei ringraziare i Colleghi dr E. Cossetta e dr.ssa R. Santini per il contributo alla riflessione e per i preziosi suggerimenti nella stesura della relazione

Bibliografia

Psicologia del patologico, G. Stanghellini, M. R. Monti, Cortina Editore, Milano, 2009.

Noi siamo un colloquio, E. Borgna, Feltrinelli, Milano, 2000.

Melanconia, H. Tellenbach, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1975.