

LA VIOLENZA E GLI OPERATORI

Marella Tarini (*)

Abstract

All'interno delle attività didattiche di un corso di formazione promosso a favore degli operatori da una istituzione pubblica sanitaria per la condivisione di un percorso di accoglienza nei casi di violenza, è stato inserito questo intervento: il corso, in gran parte incentrato sull'apprendimento di protocolli standardizzati di azioni, ormai condivisi in diverse realtà sanitarie pubbliche italiane, è stato integrato con questo punto di vista, che si riferisce alla necessità di declinare invece l'esperienza della violenza e del trauma secondo le categorie della teoria della complessità, sottolineando le implicazioni affettive degli operatori del campo istituzionale di fronte ai pazienti violentati e traumatizzati, e suggerendo che, per gli operatori stessi, debbano configurarsi setting stabili e continuativi, coordinati da un supervisore, all'interno dei quali poter elaborare i vissuti e poter produrre progettualità operativa il più possibile libera dagli "agiti" terapeutici.

Parole chiave: *violenza, complessità, istituzione, setting, formazione.*

Possiamo approcciare il tema della Violenza in molti modi, e secondo le categorie conoscitive di molti Saperi, antropologico, psicologico, psicoanalitico, medico - biologico, sociologico e giuridico, ma corriamo sempre un rischio, che è quello di banalizzarne la lettura, identificandola semplicemente come un'esperienza in cui qualcuno è parte attiva nell'agire e qualcun altro oggetto passivo nel ricevere.

Allo stesso modo, nel momento in cui noi operatori ci accingiamo ad assistere qualcuno che abbia vissuto una situazione di violenza o di trauma, spesso costruiamo un paradigma banalizzante, attraverso il quale pensiamo che la vittima sia l'oggetto del nostro intervento, e noi, su un altro distinto piano, siamo coloro che possono osservare obiettivamente questo oggetto, per essere altrettanto obiettivamente gli esecutori di una serie di pratiche corrette .

Se trascendiamo questa modalità di impostare la questione, comoda e semplificante, entriamo invece nel campo della Teoria della Complessità, che sembra più conforme a descrivere questo fenomeno, la violenza, così tanto presente nelle relazioni umane e spesso così apparentemente incomprensibile, tanto che fin dagli albori della storia ci si è impegnati per dare ad essa un senso o per comprenderne le origini.

* Psichiatra, Psicoterapeuta, Direttore Dipartimento Dipendenze Patologiche Zona Territoriale 4 – Senigallia – ASUR Marche, Docente esterno IIFAB, Ricercatrice Centro Studi J. Bleger

Quando parliamo di teorie della complessità, intendiamo quei modelli che studiano i campi di osservazione considerandoli il frutto dell'intreccio di fili che partono da origini diverse, ma che, per un effetto di convergenza, compongono infine un tessuto unico ed inscindibile.

Introduciamo così un altro punto di vista, secondo il quale la violenza, così come tutte le manifestazioni della comunicazione, è un effetto evidente di eventi espliciti o impliciti che riguardano sì l'ambito individuale, ma che abbracciano anche l'ambito familiare, l'ambito del gruppo di appartenenza, l'ambito istituzionale e l'ambito comunitario o collettivo, laddove tutti questi ambiti interagiscono fra loro¹.

Il paradigma conoscitivo che stiamo utilizzando è quello che fa riferimento alle Teorie della Complessità, come già detto, e alla Teoria degli Ambiti, ed è stato costruito dalla convergenza di varie epistemologie, tra le quali riconosciamo quella di alcuni filoni di pensiero Psicoanalitico e Psicoterapico, e tra questi quello Bioenergetico, quella della Psicologia Sociale, delle moderne Antropologie, della Socioanalisi e della Analisi Istituzionale.

Secondo questo strumento di lettura, un fatto violento è quindi qualcosa che accade a qualcuno per esempio su un piano individuale, ma che, per quanto riguarda sia la sua origine che le sue ripercussioni e le sue conseguenze, ha implicazioni con l'ambito della famiglia di provenienza o della famiglia attuale, con quello dei gruppi di appartenenza extrafamiliari (gruppi di amici, vicini di casa, compagni di scuola), con gli assetti istituzionali, ai quali noi, in qualità di operatori, apparteniamo, con le risonanze culturali ed ideologiche ed il senso comune della intera collettività.

Oggi in particolare discuteremo intorno al tema della interazione tra l'ambito individuale e quello istituzionale, ma vedremo che dovremo riflettere anche, nel parlare intorno alla violenza, sui momenti di contatto tra l'ambito istituzionale e quello grupale e comunitario.

Dal momento che in qualità di operatori apparteniamo ad un ambito istituzionale, gli effetti della violenza che può aver investito un utente che in qualche modo si riferisce a noi ci riguardano strettamente, ci coinvolgono, sono in qualche misura trasferiti su di noi.

Vediamo come.

¹ Per l'approfondimento della tematica riguardante la configurazione degli ambiti e le loro interazioni, si veda Bleger, J. (1989), *Psicoigiene e Psicologia istituzionale*. Loreto: Libreria Editrice Lauretana, pp. 51-61.

Quando, secondo questo paradigma, rappresentiamo un campo di osservazione e di intervento secondo gli Ambiti che lo compongono, inevitabilmente entriamo a discutere intorno al tema dei Confini².

I confini sono tracciati immaginari che delimitano una sfera rispetto ad un'altra, che la separano e la proteggono, che la differenziano, che creano una distanza tra ciò che è dentro e ciò che è fuori.

Allo stesso tempo, rappresentano i luoghi dell'incontro, laddove due sfere possono toccarsi, comunicare e trasferirsi contenuti.

I confini possono essere immaginati come più nettamente definiti ed invalicabili o come più accessibili e permeabili.

Se ci riferiamo ai confini della sfera individuale, dobbiamo tener presente che la loro stessa presenza e configurazione permette una definizione dello spazio soggettivo e restituisce in termini essenziali il senso dell'identità personale.

I nostri confini sono sul piano materiale quelli corporei, ma dobbiamo ricordare che questi sono proiettati, rappresentati e percepiti, esplicitamente o implicitamente, nel nostro campo mentale.

La mente serve, tra l'altro, a rendere pensabili gli accadimenti ed i loro effetti, a trasformare gli atti e le risposte primarie interiori a questi, ovvero le emozioni, in pensieri.

La mente è quindi, tra l'altro, un sistema di elaborazione, di raffinazione di materiale energetico grezzo, (dalla configurazione energetica della emozione alla complessità del pensiero che crea senso) e, grazie alla rappresentazione dei confini, è quindi anche un organo di contenimento³.

La violenza è, prima di tutto, un fenomeno di confine e sui confini: è un evento che, come ricorda l'origine etimologica, viola questa configurazione e questa integrità, rompe, con la forza del suo impatto, la continuità di questa delimitazione, la straccia, la rende incapace di continuare a svolgere correttamente la funzione per la quale è stata creata.

² Il tema degli involucri psichici individuali, familiari e di gruppo, della loro costituzione, e delle loro funzioni è trattato in, Anzieu, D. (1990), trad. it.: *L'epidermide nomade e la pelle psichica*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1992.

³ Per il passaggio dal livello del vissuto corporeo ed emozionale all'attività fantasmatica e simbolica, si veda Golse, B. (2001), *Du corp à la pensée*. Paris: PUF, pp.119-177.

Spesso, ma non sempre e non solo, agita sul corpo, crea comunque una frattura nei confini psichici, e si producono, in conseguenza di un accadimento violento, importanti effetti nel campo mentale⁴.

Il primo effetto è l'inondazione dell'organismo, e quindi anche della mente, da parte di emozioni molto forti che si producono vivendo un trauma: paura, dolore, rabbia, vergogna.

L'inondazione è provocata non solo dalle emozioni proprie che si producono in chi sperimenta una violenza, un trauma, ma anche dalla introduzione della energia disorganizzante, della forza della aggressione che ha travalicato e rotto i confini, e che è quindi entrata con impeto nella configurazione corporea, psichica e mentale del ricevente.

Come a dire che il soggetto ha introiettato la violenza dentro di sé.

In queste condizioni il soggetto non è più in grado di contenere tutto il proprio vissuto, né di elaborarlo in forma pensabile.

Il secondo effetto è dato dall'attivazione di una estrema risorsa difensiva che la mente ha a disposizione in queste situazioni traumatizzanti, che è quella della dissociazione: una parte dell'esperienza, quella che travalica le possibilità di elaborazione, viene spinta con le sue immagini e gli affetti collegati in un'area, chiamiamola così, primitiva ed occulta del campo mentale, che è quella che sovrintende alla memoria procedurale⁵, dove sono organizzate le esperienze e le risposte senza parole, l'area degli automatismi e delle risposte viscerali, per intenderci, e vengono scollegate tutte le vie di comunicazione tra questo metaforico luogo e quello invece dei processi simbolici, attraverso i quali altrimenti organizziamo il pensiero ed elaboriamo e conteniamo le esperienze nella loro complessità, ed il vissuto a queste riferibile.

Questa area della memoria procedurale, contenendo materiale non ancora pensabile, non ha accesso alla verbalizzazione, contiene cose che non possono essere condivise attraverso il racconto, quindi, ma può essere immediatamente riattivata da stimoli ambientali, sensoriali e relazionali anche poco organizzati, quali suoni, movimenti, esperienze tattili, olfattive o visive, che riportino in qualche modo anche indiretto all'esperienza vissuta.

⁴ Per gli effetti della violenza nel campo mentale si rimanda a Eiguer, A. (2008), trad.it.: *Mai io senza te. Psicoanalisi dei legami intersoggettivi*. Roma: Borla, 2008, in particolare il cap.VIII, pp. 143-160; Blomberg, P. M. (2001), trad. it.: *Clinica del trauma e della dissociazione*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2007; Krystal, H. (1988), trad. it.: *Affetto, trauma, alexitimia*. Roma: Edizioni Ma.Gi., 2007 e Coretti, V., Craparo, G. (2008), *Trauma e psicopatologia*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.

⁵ Sul coinvolgimento della memoria procedurale nelle situazioni di trauma e sui meccanismi della sua riattivazione si veda Stupiggia, M. (2007), *Il corpo violato*. Bari: Edizioni La Meridiana.

Quando un soggetto in queste condizioni, e ogni trauma o violenza, in parte più o meno significativa, produce queste condizioni, quando questo soggetto, quindi, entra nel nostro campo istituzionale, avviene l'incontro con noi operatori.

Nel campo dell'incontro, le emozioni che hanno inondato e travolto l'individuo violentato tracimano, in forma primitiva, grezza, come dicevamo; c'è una parte, nella relazione tra noi e questo soggetto, che ci viene trasmessa attraverso la comunicazione verbale, ma c'è anche un insieme di suoi contenuti non raccontabili perché non gli è stato possibile pensarli, non riferibili a parole, che ci investono inevitabilmente, ci toccano, ci sollecitano, ci scuotono e persino ci penetrano.

Ci sarà sempre, quindi, un nostro coinvolgimento emotivo di fronte ad un utente violentato o traumatizzato, che in parte potrà esserci evidente, chiaro e consapevole, ma in parte sarà caratterizzato da una nostra risposta implicita, anch'essa primitiva e non immediatamente organizzata.

Questo impatto tocca il nostro organismo corporeo e psichico, la nostra soggettività di operatori, soprattutto nei luoghi personali che maggiormente possono risuonare con esperienze come quelle che quell'utente ci sta portando: una nostra identificazione, tanto più se inconscia, con lui, una nostra particolare sensibilità a certi aspetti, anche logistici o sensoriali, degli accadimenti che si sono svolti e che ci vengono riferiti, esperienze da noi vissute che possono richiamare anche vagamente, magari solo per analogia, quello che l'utente ha passato, ci mettono nella situazione di sintonizzarci con il materiale che sta tracimando nel campo condiviso, e di essere sollecitati a percepire intense esperienze emozionali analoghe, spesso, anche queste, non immediatamente pensabili.

A questo proposito, vale la pena di ricordare gli esiti di alcuni studi effettuati di recente su un campione significativo di operatori, dai quali emergerebbe che chi ha in trattamento più del 40% di pazienti con un vissuto traumatico o che abbiano sperimentato una qualche forma di violenza significativa, ancorché non rimembrata o non cosciente, è soggetto a sviluppare disturbi funzionali non altrimenti spiegabili o giustificabili, quali cefalee, ipertensione o ipotensione, sindromi da affaticamento cronico, disturbi non permanenti della acuità visiva, dolenzie articolari o muscolari, vertigini, problemi di equilibrio.

I ricercatori stanno mettendo in relazione questi complessi sintomatologici sperimentati dagli operatori con una loro esposizione significativa alle emozioni non pensabili che quindi circolano sotto la forma di materiale grezzo, e perciò fundamentalmente inconscio, che i

pazienti traumatizzati o violentati proiettano nel campo istituzionale della relazione terapeutica⁶.

Questi vissuti, e anche quelli verbalizzabili che esplicitamente e consapevolmente vengono in noi sollecitati dal rapporto che si instaura nel campo istituzionale con il paziente violentato o traumatizzato, ma anche le nostre introiezioni riguardo alla violenza ed al trauma, tanto più se a sfondo sessuale, che provengono dai valori/disvalori condivisi a livello di senso comune e di collettività, ci producono inevitabilmente delle reazioni, che potremmo definire difensive, e che, se non tenute ben presenti sul piano conscio, potrebbero portarci ad effettuare degli “agiti”, a svolgere cioè delle azioni non mediate dal pensiero riflessivo, e che potrebbero essere non in linea con gli obiettivi istituzionali che ci sono stati assegnati o che abbiamo assunto.

Potremmo per esempio identificarci in misura eccessiva con un paziente di questo tipo, potremmo assumerci al suo posto un compito vendicativo, potremmo provare molta rabbia che si esprime poi nelle azioni terapeutiche, divenendo violenti noi stessi in vario modo, oppure potremmo provare noi vergogna, quella vergogna che viene alimentata dal senso comune e dai sentimenti collettivi, e mettere in atto delle condotte di evitamento mentre operiamo nel nostro campo istituzionale, potremmo noi dissociare l’esperienza traumatica o violenta dal campo dell’assistenza, tendendo a negarla, a non vederla e a rimuoverla. Un pò come tende a fare il paziente.

D’altro canto, se il livello dell’identificazione è troppo inconsapevole, nel tentativo di soccorrere e di riparare, potremmo voler forzare troppo sui tempi che il paziente si deve invece dare per ristrutturare un minimo senso della identità personale e della fiducia relazionale, e potremmo pressarlo ed invaderlo con le nostre richieste di rievocare, di specificare, di dettagliare una esperienza che egli ha ancora bisogno, per larga parte, di tenere a distanza dalla propria coscienza: potremmo cioè gestire la relazione terapeutica utilizzando delle condizioni di troppa vicinanza che, proprio per la violenza che ha sperimentato, il paziente violentato non può ancora tollerare.

Possiamo fare degli esempi a proposito, e riferirci agli innumerevoli casi in cui certi pazienti fanno nel campo terapeutico riferimenti vaghi ad episodi di trauma e di violenza che avrebbero subito, laddove tale vaghezza è utilizzata ovviamente per difesa, e gli operatori ascoltano il racconto, ma tendono a non registrarlo come significativo e a lasciarlo cadere nel vuoto; o, al contrario, a situazioni nelle quali gli operatori mettono in campo una grande sollecitudine terapeutica ponendosi, nel tentativo di portare soccorso, totalmente vicini al

⁶ Cfr. *Ibidem*.

paziente violentato, ed il paziente rifiuta invece l'intervento, o si allontana e non collabora, creando negli operatori medesimi sconcerto e frustrazione.

Dobbiamo ora considerare i problemi che si possono generare nel campo istituzionale dell'assistenza e della terapia per via del respingimento di alcuni aspetti dell'esperienza di un trauma o di una violenza nel campo mentale della memoria procedurale: dicevamo come questo movimento difensivo impedisca l'accesso di certi contenuti alle aree della mente simbolizzante e del pensiero, e li concentri in un'area più occulta, che risponde direttamente a stimoli e sollecitazioni sensoriali e corporali: in queste condizioni, che si ritrovano molto frequentemente nelle situazioni di violenza vissuta, ogni movimento terapeutico che solleciti il paziente su un piano sensoriale e che può riattivargli questo tipo di memoria, può risultare per lui ritraumatizzante, e provocare una rottura della minima alleanza terapeutica necessaria affinché si possa portargli quella assistenza e quella terapia che riguardano il nostro mandato istituzionale⁷.

In realtà, prima che un paziente di questo tipo possa iniziare un reale e curativo processo di rielaborazione degli effetti del trauma o della violenza subiti, occorre predisporgli una situazione trattamentale, che potrebbe richiedere anche tempi prolungati, che gli consenta in prima istanza di ricostruire la continuità dei confini identitari così profondamente lesionati.

È necessario cioè stabilire un senso sicuro di sostegno e di continuità nella relazione terapeutica, attraverso la costruzione di un contenitore che possa essere vissuto come stabile, e che possa vicariare quel sentimento di destrutturazione dell'individualità e dei suoi confini che si è depositato in seguito agli accadimenti traumatici.

Per tale ricostruzione è necessario predisporre delle situazioni di tempo, spazio, ruoli e compiti istituzionali che siano estremamente chiare, caratterizzate da una precisa continuità, da una precisa definizione e da una tenuta salda e adeguatamente protetta⁸.

Stiamo in sintesi parlando di tematiche che descrivono il Setting, o Inquadramento, dell'intervento.

Come sappiamo, il Setting è costituito da tutti quegli elementi muti della relazione terapeutica che permettono a questa di svolgersi in tutti i suoi piani: queste variabili indipendenti sono appunto il tempo, lo spazio, i ruoli ed il compito che ci si dà.

⁷ Per la comprensione delle dinamiche intrapsichiche e relazionali e dei meccanismi caratteristici dei pazienti traumatizzati, si veda in *Ivi*, nonché in Garland, C. (a cura di) (1998), trad. it.: *Comprendere il trauma*. Milano: Paravia Bruno Mondadori Editori, 2001

⁸ A proposito degli interventi terapeutici opportuni e della loro configurazione nei casi di trauma o di violenza è consultabile il testo di Lewis Herman, J. (1992), trad. it.: *Guarire dal trauma*. Roma: Edizioni Ma.Gi., 2005.

La continuità e la saldezza di un setting sono, per il paziente violentato e traumatizzato, già di per sé stessi elementi curativi.

Dobbiamo avere cura di mantenere stabile questo elemento fondamentale dell'incontro terapeutico, e, quando e se lo avessimo correttamente impostato, saper prevedere che il paziente traumatizzato porterà, spesso inconsapevolmente, attacchi distruttivi a questa proposta di stabilità, perché sarà inevitabile che egli, in un qualche momento del trattamento, proietti la violenza che ha subito altrove qua, nel campo che è stato predisposto per la relazione di cura.

Questo per ciò che attiene al paziente: ma se focalizziamo la nostra attenzione ora sul versante di chi è chiamato a prestare le cure, e sempre rimanendo in tema di inquadramento, dobbiamo considerare che gli attacchi inconsapevoli di questo tipo di paziente al setting ed al trattamento normalmente producono nell'operatore non formato o inconsapevole profonda frustrazione, ed infine sentimenti di intolleranza e di rifiuto nei riguardi del paziente stesso.

Ma procediamo, approfondendo il rapporto tra concetto di inquadramento ed operatori⁹: in conseguenza di quanto sopra considerato, appare essenziale che siano definiti dei meccanismi all'interno dei quali gli operatori possano riflettere, consultarsi, confrontarsi, pensare sulle proprie emozioni e su cosa sta accadendo nella situazione terapeutica; all'interno dei quali, inoltre, possano condividere quali sono i ruoli rispettivi ed i compiti che si svolgono, aspetti che sembrerebbero chiari e definiti, ed invece spessissimo sono confusi e contraddittori.

Non sempre è chiaro per esempio se il compito di un operatore sanitario è quello di portare cura ed assistenza a questo tipo di paziente con la sua patologia.

A volte l'agire assistenziale e terapeutico sfuma in atti che assomigliano ad interventi giudiziari o di carattere indagatorio, o con risvolti legali, e questa indefinitezza o confusione è rapidamente percepita, e come pericolosa, da un paziente violentato.

I ruoli, allo stesso modo, sembrano definiti, ma spesso, sul campo, non lo sono, e l'operatore sanitario non sa bene che cosa sta facendo, o cosa dovrebbe fare, o al posto di chi lo fa, e se quello che fa attiene ai suoi compiti istituzionali oppure no. Pensiamo per esempio al momento della raccolta dei reperti di carattere medico – legale che poi potranno essere utili per le indagini giudiziarie: hanno un valore curativo? Come facciamo a restituire un valore curativo a gesti che sembrerebbero rievocare il trauma subito, più che tamponarlo?

⁹ L'argomento relativo alle implicazioni degli operatori istituzionali e delle risorse individuabili in loro favore è stato trattato nei lavori di Bleger, J. (1989), *Psicoigiene e psicologia istituzionale*, cit., pp. 62-94 e Bauleo, A., Duro, J.C., Vignale, R. (1990), *La concepción operativa de grupo*. Madrid: Mariar S.A., pp. 191-202 e 223-233.

Come vediamo, sono molti gli aspetti che ci investono in quanto operatori di una istituzione nei casi di pazienti violentati e traumatizzati, e sono evidentemente chiamate in causa le dimensioni multidisciplinari e multiprofessionali; non è pensabile che un operatore da solo possa affrontare tutte le implicazioni e le necessità rappresentate e sollecitate da un paziente che abbia vissuto una violenza, né che possa governare obiettivamente tutto il portato emozionale che inevitabilmente lo coinvolgerà.

Il trattamento del trauma e della violenza, per la complessità che introduce, e per l'investimento delle risorse terapeutiche ed emotive che richiede agli operatori, necessita con evidenza di un attento, costante e definito lavoro di collegamento fra figure professionali, in un'ottica di intervento di équipe multidisciplinare.

E arriviamo dunque a dire che non solo per i pazienti, ma anche per questa équipe, data la sua esposizione a materiale tanto complesso, è necessario pensare un setting stabile, fatto di tempi non interrotti e di spazi non violati, all'interno del quale possa essere prodotta l'elaborazione dei vissuti e la progettazione degli interventi.

Dobbiamo a questo punto chiederci se l'Istituzione è pronta e formata per considerare tutti questi aspetti, sia quelli che riguardano i pazienti che quelli che riguardano gli operatori, e se ha perciò investito o no risorse per, ad esempio, delimitare degli spazi protetti affinché le azioni trattamentali possano essere svolte, spazi che non siano invasi improvvisamente da altre richieste, da altre presenze, da altre operazioni o da altre necessità; se si è organizzata affinché i professionisti designati possano dedicare un tempo definito, prestabilito, cadenzato e continuativo, senza essere interrotti finché operano, al paziente che ha vissuto una violenza e al quale occorre portare assistenza e terapia; se non si predispongono questi dispositivi, viene a mancare la base essenziale per qualsiasi tipo di lavoro assistenziale rivolto a queste particolari condizioni di sofferenza.

Inoltre, dobbiamo anche chiederci se l'Istituzione tiene conto del bisogno dei professionisti: per il sostegno a questi operatori, per consentire loro di essere il più possibile consapevoli delle emozioni che circolano nel campo dell'intervento, affinché queste, da elementi disturbanti che predispongono agli agiti, possano passare ad essere strumento della diagnosi e della terapia, per evitare la ritraumatizzazione del paziente, le violazioni del setting e la solitudine terapeutica, è necessaria anche per loro la strutturazione di dispositivi e di situazioni stabili, continuative e cadenzate; all'interno di questo inquadramento gli operatori delle varie discipline e professioni coinvolte possono adeguatamente riflettere insieme sul ruolo che è loro richiesto o che è loro assegnato nell'intervento intorno al trauma e alla violenza, o sul compito che pensano di avere nella gestione di una situazione di questo tipo.

Il genere di setting pensabile per i professionisti è per esempio quello riferibile allo strumento della supervisione permanente coordinata da un operatore esterno; nello svolgimento di questo processo è consentito, tra l'altro, al raggruppamento degli operatori di diventare gruppo, di elaborare un codice conoscitivo ed operativo comune, di trasformare la confusione in pensiero e progetto.

Senza queste prerogative destinate agli operatori non potremo lavorare su questo tipo di patologia: sarà frequente che il paziente abbandoni il trattamento o che il terapeuta o l'équipe terapeutica non possano più tollerarlo, e provochino essi stessi una violazione ed una rottura dell'inquadramento operativo.

Ci chiediamo quindi se a livello istituzionale, laddove siamo presenti anche noi operatori, si sia pronti per accogliere questo approccio complesso, o se, invece, anche in noi, appartenenti all'Istituzione, alberghino stereotipi simili a quelli del senso comune, che banalizzano il tema della violenza e degli interventi che debbono essere articolati per portare cura ed assistenza.

Ancora, se siamo consapevoli della complessità di certe sofferenze, e della altrettanta complessità delle risposte operative possibili, e, anche, come consideriamo le risorse che potremmo sollecitare e strutturare.

Pensiamo o no che gli inquadramenti definiti e protetti siano necessari in questi interventi, tanto quanto quelli che servono, per esempio, in operazioni di chirurgia?

Sono domande che dobbiamo porci, perché la supervisione permanente, la promozione della cultura d'équipe, gli strumenti per la creazione di gruppi operativi, la formazione congiunta e l'apprendimento continuo sono risorse istituzionali, e sta a noi coglierne l'importanza e sollecitarne e promuoverne l'attivazione.

Bibliografia

- Anzieu,D. (1990), trad. it.: *L'epidermide nomade e la pelle psichica*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1992.
- Bauleo,A., Duro,J.C., Vignale,R. (1990), *La concepción operativa de grupo*. Madrid: Mariar S.A.
- Bleger,J. (1989), *Psicoigiene e psicologia istituzionale*. Loreto: Libreria Editrice Lauretana.
- Blomberg,P. M. (2001), trad. it.: *Clinica del trauma e della dissociazione*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2007
- Coretti,V., Craparo,G. (2008), *Trauma e psicopatologia*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.
- Eiguer,A. (2008), trad.it.: *Mai io senza te. Psicoanalisi dei legami intersoggettivi*. Roma: Borla, 2008.
- Fagnoli,A.L., Moretti,S., Scardaccione,G. (2010), *La violenza*. Roma: Alpes Italia.
- Garland,C. (a cura di) (1998), trad. it.: *Comprendere il trauma*. Milano: Paravia Bruno Mondadori Editori, 2001
- Golse,B. (2001), *Du corp à la pensée*. Paris: PUF.
- Krystal,H. (1988), trad. it.: *Affetto, trauma, alexitimia*. Roma: Edizioni Ma.Gi., 2007.
- Lewis Herman,J. (1992), trad. it.: *Guarire dal trauma*. Roma: Edizioni Ma.Gi., 2005.
- Stupiggia,M. (2007), *Il corpo violato*. Bari: Edizioni La Meridiana.