

## **I PREGIUDIZI DEL TRAUMA**

### **1: Il tempo. Gli orologi di Dali**

**Emilio Vercillo, Maria Guerra – SAMIFO**

#### **Introduzione**

Esiste un pregiudizio contro il pregiudizio. Non solo il concetto riceve una connotazione negativa, nel senso di ‘giudizio falso’, ma anche viene in qualche modo costretto in un ambito puramente morale nel linguaggio non tecnico (insieme al suo fratello ‘giudizio’). Eppure anche gli illuministi, nemici giurati del pregiudizio, devono ammettere con Voltaire che esistono dei *préjugés légitimes*. In effetti il pregiudizio si costituisce in sé solo come “un giudizio che viene pronunciato prima di un esame completo e definitivo di tutti gli elementi obiettivamente rilevanti” (Gadamer 1960). È questo stesso autore a sottolineare come siano proprio i pregiudizi a definirci come uomini, cioè esseri appartenenti a un contesto storico-sociale da cui mutuiamo valori e credenze: “non tanto i nostri giudizi quanto i nostri pregiudizi costituiscono il nostro essere”. Del valore e ruolo del pregiudizio come motore del metodo scientifico ha trattato per esempio Popper, per il quale dietro ogni giudizio scientifico esiste un pregiudizio, sottoposto alla verificabilità - o falsificabilità, come si esprime l’autore - tramite le prove adeguate.

Il valore del pregiudizio, nella accezione di cui sopra, risulta ancora più evidente nel dominio dell'evoluzione biologica. È il campo del *bias adattativo*, studiato ad esempio dalla Error Management Theory (Haselton & Buss 2003): il cervello si è evoluto privilegiando la capacità di ragionamento focalizzato sull'adattività, piuttosto che sulla veridicità o 'razionalità'. Vale a dire in questo caso che l'evoluzione ha privilegiato di fronte a una situazione di incertezza *l'economicità* del processo di decisione, piuttosto che focalizzarsi sul ridurre semplicemente gli errori cognitivi. Se devo acquisire tutte le prove che mi diano la certezza che quelle macchie gialle su sfondo verde percepite dal mio campo visivo siano una tigre, è probabile che finisca bellamente divorato: meglio sbagliarsi per eccesso di cautela, che di precisione. Difatti secondo Haselton e Buss (2003) i vantaggi di un pregiudizio adattativo sarebbero stati evolutivamente selezionati in casi in cui:

1. La decisione deve avvenire anche se in condizioni di problematico rilevamento del dato (incertezza, non chiarezza, dubbiosità nella situazione in cui operare)
2. Un tipo dato di soluzione al problema è risultato evolutivamente utile nella maggior parte dei casi precedenti nella vita del gruppo (o del singolo; una sottovariante operante nel nostro campo e per il nostro tema è: la soluzione X è risultata utile nella esperienza antecedente del soggetto traumatizzato)

3. Il rischio o le conseguenze di un “falso positivo” (o di un falso negativo) sopravanzano abbondantemente quelli della scelta contraria.

Non si pensi d'altronde che uscendo fuori dal compito evolutivo della *sopravvivenza* (il settore che ovviamente è di principale interesse per la psicotraumatologia, visti gli elementi neurofenomenologici in ballo nella sintomatologia traumatico-dissociativa), il ruolo importante del pregiudizio cambi, avviandosi la nostra ragione verso campi pianeggianti e limpidi in cui la verità provata vera venga facilmente riconosciuta come tale. È dell'aprile 2017 il libro di Hugo Mercier e Dan Sperber “The Enigma of Reason”, in cui gli autori con giusti argomenti puntano il dito sul principale obiettivo evolutivo dei primati (e non solo): riuscire, appoggiandosi al sistema cooperativo, a mantenersi in coesione nel gruppo, e manipolare l'ambiente co-specifico a proprio favore. La Ragione, nell'ottica di questa finalità, non è apparsa nella storia della specie come Pensiero critico (basato su provabilità - evidence - chiarezza e precisione), o come mezzo per sciogliere problemi astratti con logico rigore, bensì per risolvere problemi legati allo stare in gruppo, e quindi “giustificare le nostre convinzioni ed azioni di fronte agli altri, convincerli tramite argomentazioni, e valutare le giustificazioni e le argomentazioni che gli altri indirizzano a noi” Mercier H., Sperber D. (2017). Una Ragione che nasce quindi dalla *retorica*, e con propositi manipolativi sociali. Se si accetta questa teoria, la ragione scientifica è un punto di vista evolutivo ovviamente in sé meno vincente evolutivamente, ed è

sostanzialmente anti-naturale, come gran parte delle migliori buone produzioni umane. Infatti la ragione scientifica non ha espansione come pratica al di là di gruppi limitati di soggetti umani peculiari e in contesti dati, non è patrimonio dell'intera popolazione della specie, e fa fatica a diffondersi al di fuori dei sottogruppi specifici.

Questa deriva del discorso esula ovviamente dal tema di questo lavoro, ma quello che è importante verificare è se quello che nell'ambito della specie si è dimostrato adattativamente vincente, risulti poi nel singolo adeguato comunque alla situazione con cui si confronta. È infatti questo il caso del gruppo di pre-giudizi che marciano la modificazione della lettura del mondo nelle condizioni post-traumatiche. Ribadiamo che usiamo il termine pregiudizio per indicare quello che in altri contesti e autori è stato pensato nelle categorie dei pre-supposti, preconcezioni, ipotesi; forme a priori cioè dell'avvicinarsi al mondo che necessitano di una datità, di una realizzazione per farsi quindi pensiero o atto in un individuo.

Le forme a priori della conoscenza, i pregiudizi formali con cui leggiamo la nostra esistenza risultano infatti modificati in maniera sostanziale dall'esperienza traumatica, e influenzano i modi in cui il soggetto affetto da patologia post-traumatica legge la propria esistenza.

In una versione estesa in inglese (in via di pubblicazione sull'European Journal of Trauma & Dissociation) viene presa in esame questa modificazione seguendola secondo vari assi, o temi;

vedremo come il vissuto del tempo, dello spazio, del proprio corpo, del concetto di sé, o del mondo -soprattutto il mondo delle relazioni umane - vengano modificati, tanto da rendere l'esistenza del paziente post-traumatico non collimante con la nostra, illustrandola con esempi tratti dalla nostra pratica con i richiedenti asilo. In questa versione ridotta saranno presi in esame solo i pregiudizi alterati sul tempo.

Il testo di cornice per questo articolo è il ricchissimo libro di Frewen e Lanius (2015), che inserisce la fenomenologia clinica post-traumatica nella corrente di ricerca neuroscientifica, e ha il pregio di ordinare i fenomeni clinici in un gradiente per ognuno di loro, lungo una scala che a partire da una sintomatologia non dissociativa va fino al versante dissociativo (fig.1); i preconcetti sul sé possono ad esempio andare da una serie di idee negative su se stessi, fino alla compartimentazione dissociativa della persona in vari Sé più o meno autonomi e separati (il soggetto sente di avere dentro di sé più

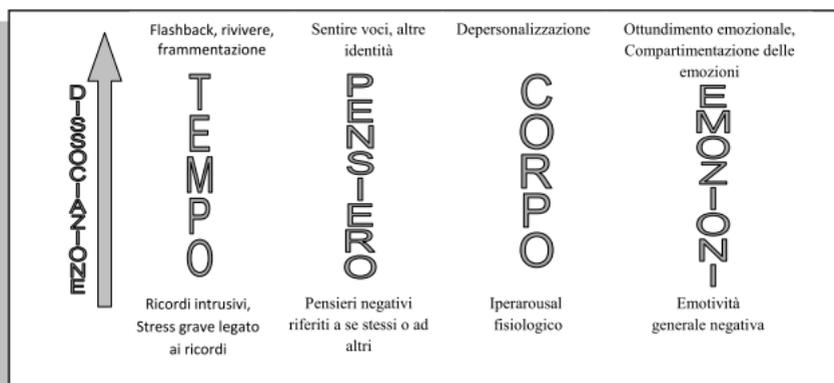


Figura 1  
da Frewen, Lanius 2015 modificato

persone), o il vissuto del tempo andare dall'idea che il tempo personale si sia interrotto al momento del trauma, fino al ripresentarsi ciclico dell'evento come nella complessa sintomatologia allucinatoria dei flashbacks. Useremo pertanto la stessa impostazione per connettere i pregiudizi dell'esperienza dei pazienti post-traumatici dell'uno e dell'altro versante.

Si tratta ovviamente di una disamina delle forme dell'esperienza post-traumatica che precede qualsiasi definizione diagnostica, delle *trasformazioni* riscontrabili in tutti i soggetti con patologia post-traumatica, di qualunque tipo di patologia si tratti. Uno sguardo fenomenologico insomma, puramente di semeiotica, ma utile per il lavoro successivo di inquadramento, e anche per l'utilizzo di accorgimenti tecnici particolari mirati al tipo di preconetto nel corso della terapia, indipendentemente dalla strategia terapeutica generale.

## **PREGIUDIZI SUL TEMPO (E SULLO SPAZIO<sup>13</sup>)**

Che la nostra coscienza del tempo sia una cosa separata dal tempo fisico, quello scandito dall'orologio, è una constatazione che da William James a Eugène Minkowski ha ricevuto l'importanza dovuta. Modernamente Tulving (2002) ha coniato il termine

---

<sup>13</sup> Nel caso dei nostri pazienti richiedenti asilo avviene in effetti che i fenomeni patologici che alterano la percezione e il vissuto del tempo viaggino in contemporanea con la coscienza spaziale, l'*allora* o l'*adesso* si muovono in contemporanea al *lì* o al *qua*.

*chronesthesia* per indicare proprio il senso del tempo soggettivo, o tempo vissuto.

Di fatto di tutte le forme in cui si cala a stampo il nostro vivere quotidiano, il tempo è forse la più scontata, la più ferrea, il pregiudizio da cui meno si può prescindere per organizzare l'esperienza. Farne a meno, alterare questo stampo in cui si cala la nostra esperienza - sto vivendo adesso, e solo in questo adesso - infatti dà origine alle storie più perturbanti nella letteratura e nella fantascienza, nelle numerose varianti dei giochi sul tempo; facendo una comparazione con la corrispettiva alterazione della normale forma d'esperienza nello spazio - 'sono qui, e solo qui' - non si generano possibilità narrative altrettanto inquietanti. Se immaginiamo quindi una realtà in cui sia scompagnato il nostro senso, la nostra pre-concezione del tempo, ci rendiamo conto che viene sconvolta tutta la nostra organizzazione della coscienza, e che è impossibile strutturare la nostra esperienza quotidiana. Infatti è questo quello che accade a quei nostri pazienti rifugiati che si trovano davanti -oltrechè a tutti i problemi pratici e culturali di adattamento- all'impossibilità di gestire l'esperienza attuale, in questo scombinamento dei piani temporali che vivono.

Ma quali sono le caratteristiche principali del nostro sperimentare nel tempo, come si compone il pregiudizio abituale della nostra esperienza *nel* tempo? Le dimensioni principali del tempo vissuto vengono descritte secondo le caratteristiche di velocità, direzione e continuità del nostro tempo. Il tempo può essere (1) più rapido o

lento, secondo il contesto emozionale del momento che viviamo; (2) possiede comunque una direzione, non si ripete, sappiamo che alle spalle c'è un *passato* che inevitabilmente procede verso un *futuro*; e (3) questa marcia non viene fatta a balzi, ma è un fluire continuo, veloce o lento che sia. O almeno questo è quanto accade nell'esperienza normale.

Il trauma modifica queste dimensioni, nel senso di (1) dilatazione o contrazione del tempo, (2) impressione di rivivere un evento - un tempo bloccato o circolare -, e (3) discontinuità temporale.

## **VELOCITÀ: DILATAZIONE O CONTRAZIONE**

Si tratta della modificazione più comprensibile. Infatti anche nella nostra esperienza, e in dipendenza dai vissuti emotivi, viviamo il tempo con velocità differenti: un evento sgradevole appare non finire mai, una situazione piacevole vola via in fretta. Un orologio interno regola la velocità del battito che scandisce gli eventi che viviamo, può accelerare - e sentiremo l'evento più lungo, il tempo si rallenta -, o rallentare - e il tempo dura meno, si accelera. Gli studi mostrano che la durata media di quello che definiamo 'adesso' è di un paio di secondi (Pöppel 2004, in Frewen & Lanius 2015), ed a questa unità vengono come un quantum riferiti tempi maggiori o minori. Gli stati di hyperarousal o di hypoarousal (che sono una determinante dei sintomi post-traumatici) alterano la frequenza del battito del tempo interno, e con questo accelerano o rallentano il nostro senso del

tempo (Gil & Droit-Volet 2012). D'altra parte la psicopatologia del tempo vissuto è stata da molto tempo studiata per le patologie che hanno proprio nella velocità del vissuto e dell'agire il loro nucleo principale: la mania e la depressione vera (o endogena, melancolia).

### ***Sono stati 3 giorni ma sono passati 3 anni***

*Ève è una giovane donna congolese, che si trova in mezzo a problemi politici per via di suo marito (un matrimonio forzato): militare, viene usato in qualche azione non pulita dal governo, e poi deve scappare. I militari lo cercano a casa, ma trovano solo E. e il di lei fratello, andato a visitarli. Le violenze fisiche e sessuali sui due iniziano a casa, ma si accentuano nei tre giorni di detenzione di E., prima che un conoscente la aiuti a scappare dall'ospedale dove è finita per quello che le hanno fatto. All'inizio, per i vissuti riportati il terapeuta aveva inteso che la paziente aveva subito una detenzione lunga, oltre che traumatica. Solo in seguito fu chiaro (col rischiararsi delle condizioni di coscienza della paziente) che era durata 3 giorni, ma per esplicita dichiarazione di E. 'erano stati come 3 anni'.*

Citiamo il caso di Ève per mostrare che l'esperienza della dilatazione del tempo può estendersi ben al di là del momento stesso in cui si sta vivendo il trauma, visto che questa modificazione temporale è causata lì dallo stato di iperattivazione. Questa alterazione può essere osservata ad esempio anche nella nostra esperienza di un incidente automobilistico, in cui l'evento di durata brevissimo appare scomporsi in molti attimi, andare al rallentatore anche nella memoria, permettendo a volte una reazione adeguata a far fronte a quanto sta accadendo: è probabile che alla base di questo fenomeno

esista un fattore evoluzionisticamente favorevole alla sopravvivenza. Va detto però in linea generale che uno dei pochi fattori con valore predittivo sullo sviluppo di un PTSD in seguito a un trauma è proprio il rilevamento di fenomeni dissociativi peritraumatici, tra cui quello menzionato; rispondere in termini positivi agli item riguardanti le alterazioni temporali nel momento del trauma nei test appositi costituisce un indice affidabile di allarme per PTSD futuro.

In casi consimili a quello di Ève invece tale alterazione del pregiudizio sul tempo si estende per un periodo ben lungo, costituendo una esperienza facilitatrice di alterazioni della coscienza di tipo dissociativo di lunga durata.

### ***Il tempo si è fermato***

*Marie è un'altra giovane donna congolese, che facendo parte dell'etnia di un ex-presidente viene presa nel corso di una manifestazione politica nella capitale, e inviata in un carcere non ufficiale, praticamente un campo di sterminio per tutti quelli che vi entrano. Lì rimane 9 mesi, come scoprirà dopo. Le giornate sono scandite dai quotidiani stupri da parte dei carcerieri (sotto effetto di droghe), e quando M. sanguina troppo per poter essere presa, le viene comminata una dose diaria di percosse. Ogni giorno la porta si apre, e di fronte alle scheletrite ospiti delle celle viene letto il nome di quelle da portare via, e che non torneranno mai. Quello è l'unico momento in cui il tempo si ravviva per l'allarme ('stavolta sarò io?'), gli altri momenti (violenze incluse) spariscono in una uniformità che li rende indistinguibili e li appiattisce in un tempo senza tempo. Quando in questo spazio di vita sospeso, segnato solo dal pensiero di quando e come finirà la vita, irrompe un evento che la salva -*

*proprio nel momento in cui è avviata alla sua fine- dovrà passare ancora molto tempo prima che M. possa dire in che giorno dell'anno si trova, e quanto tempo ha passato nel carcere.*

L'esperienza di perdita del tempo di Marie è comune nelle situazioni carcerarie o di lunghe prigionie, e il suo scopo ai fini della sopravvivenza risulta chiaro. Si può discutere se si tratta di una alterazione della velocità del tempo, accelerato tanto da scomparire come sequenza di eventi, o piuttosto di un suo fermarsi, del suo cessare di esistere, di essere entrati in uno spazio di atemporalità ('non succede nulla'...!!) in cui l'unico pensiero è quando tutto finirà, in un modo o in un altro (per M. era 'quando e come morirò?'); in questo ultimo senso tale concetto del tempo ha diritto di rientrare di più nelle alterazioni della *continuità* del tempo, nel 3° tipo di alterazioni delineate in precedenza.

Di sicuro lo stato di alterazione in questi casi è una permanenza in hypoarousal (diversamente da quello descritto nel paragrafo precedente), una ipoattivazione prolungata che di fatto crea danni più permanenti e cronici. Non è infrequente per noi vedere nel nostro servizio in Italia tale tipo di pazienti rallentate, iporeattive, distaccate, e 'strane', che corrisponde al vissuto "il tempo si è fermato" –come sono in grado di descriverlo solo dopo che un lavoro di stabilizzazione ha migliorato lo stato di coscienza.

Per quanto sopra scritto, consideriamo **solo le esperienze di rallentamento** del tempo o di atemporalità come **sintomi dissociativi**,

comportando queste un'alterazione di coscienza persistente e di notevole entità.

### **DIREZIONE: TEMPO CIRCOLARE O BLOCCATO**

È il capitolo in cui rientrano i fenomeni di *flashbacks* o *reviviscenza*, il fenomeno più vistoso del PTSD, nel sottotipo dissociativo. In questi casi la concezione direzionale del tempo è alterata, non c'è un *passato* nettamente separato dall'*adesso*. Si badi bene: non ci si riferisce alle conseguenze sull'*adesso* del passato, alla sua ombra, ma al fatto che il paziente **viva** ora il suo passato. Il tempo diviene così un tempo *circolare*, in cui il passato ritorna immodificato inserendosi nel presente e scalzandolo, o un tempo *bloccato*, in cui non procede innanzi nella mente del soggetto, restando questi impantanato *allora e lì*.

È a questo proposito che è necessario operare una chiara distinzione tra ricordi stressanti e intrusivi da una parte, e *flashbacks* dall'altra. I primi sono comuni in questi pazienti traumatizzati; difatto sono comuni anche nella nostra esperienza normale quando affiorano nella nostra mente eventi negativi o perdite, in maniera ripetitiva, ma con la chiara coscienza della loro natura di ricordi, di fatti accaduti in un tempo passato, che non si sta ripresentando nel momento in cui lo rammemoriamo: non esiste quindi un'alterazione della coscienza, un sintomo dissociativo. La costruzione dell'esperienza, per quanto doloroso sia ricordare, non è scalfita, è integra. Difatto quando in

psichiatria parliamo di alterazione di coscienza non ci riferiamo solo a quelle categorie di sintomi che un anestesista o un neurologo normalmente considera (alterazioni di vigilanza e orientamento), ma alla capacità più importante della coscienza: integrare in un insieme coerente l'esperienza. Ricordi di eventi traumatici che intrudono indesiderati nella coscienza, e che causano emozioni intense *congrue con il momento del ricordo*, con noi stessi situati a noi stessi nel qui ed ora in cui ricordiamo, possono essere spiacevoli, invalidanti e disturbano il procedere della nostra vita, ma non sono flashbacks, non sono sintomi dissociativi. Laddove invece cambia la preconcezione del tempo, ecco che abbiamo davanti un sintomo di valore dissociativo.

È importante sottolineare che anche gli incubi notturni tipici in un PTSD non hanno valore di alterazione di coscienza, e **non** sono equivalenti dei flashbacks, se il soggetto una volta sveglio recupera in un tempo ragionevole le coordinate del qui-ed-ora<sup>14</sup>. Va comunque annotato che per il DSM flashbacks e incubi notturni vengono considerati equivalenti, a dispetto del pensiero psicopatologico.

### ***Sono di nuovo in quel tempo lì***

*Mariama è una ragazza Senegalese che ha vissuto un'esperienza traumatica legata a più episodi di violenza sessuale durante il viaggio di fuga dal paese in Italia. M. era stata affidata ad un*

---

<sup>14</sup> Diversi sono quegli incubi che innescano un prolungato periodo crepuscolare onirico o oniroide di flashback

*uomo che avrebbe dovuto aiutarla e proteggerla e invece ha abusato di lei. Durante gli incontri era sempre apparsa sofferente, triste, riferiva disturbi del sonno incubi ricorrenti, pianti improvvisi, basso tono dell'umore, pensieri intrusivi. Dopo alcuni mesi di terapia nei quali non erano mai emersi sintomi dissociativi, durante la visita medico legale, quando aveva dovuto denudarsi per mostrare le ferite, improvvisamente è scivolata in un altro tempo, il tempo della violenza. Per circa mezz'ora non era più nel presente, non riconosceva più le persone che da mesi la curavano, era di nuovo in quel tempo lì, stava rivivendo la violenza a volte immobilizzandosi, a tratti piangendo disperata. Solo quando la violenza è terminata in quel tempo lì M è potuta ritornare in questo tempo presente.*

L'episodio di flashback è esperienza comune nel lavoro con i richiedenti asilo, e nella forma tipica il soggetto si distacca dal contesto attuale per rivivere letteralmente come un sogno da sveglia quanto gli è accaduto; il contesto che lo circonda viene interpretato all'interno di questa esperienza pseudoallucinatoria complessa, e la responsività agli stimoli reali è a volte soppressa. Non è inutile sottolineare la necessità medica di distinguere tali episodi da crisi epilettiche, e altri stati confusionali acuti per cause organiche o tossiche: spesso esiste un pregiudizio interpretativo del professionista che segue un bias basato sulla popolazione in oggetto, o l'esistenza di storie traumatiche: avere una storia di traumi non esime dal poter avere una malattia medica, o dall'abuso di droghe o alcohol che alterino la coscienza (anzi...).

## ***Vivo in due tempi differenti***

*Angèle ha vissuto numerose violenze personali da parte di militari (“quelli che erano lì per proteggerci”), ed ha assistito al massacro della famiglia dello zio ad opera dei ribelli. Mentre aspettava nella sala d’attesa del servizio, nel pomeriggio di visita della ginecologa, osserva delle donne incinte, che le fanno da trigger, essendo la zia incinta quando fu sgozzata dai ribelli. Entrando nello studio il corpo rigido, lo sguardo fisso e le mani che si tormentano, insieme con una reattività ridotta alle domande rendono evidente il suo trovarsi in uno stato di alterazione di coscienza. E in effetti A. (che ha buone capacità personali cognitive) riesce con precisione a descrivermi quello che sta vivendo. Vede e sente me e il mediatore, ma allo stesso tempo vede la scena cui si trovò davanti a casa dello zio tornando dalla chiesa (motivo per cui si salvò): soprattutto il corpo della zia in terra, il colore e l’odore del sangue intorno. Le due scene sono come sovrapposte l’una all’altra, come per piani trasparenti (nel caso di un altro paziente la visione della moglie morta si proiettava alla mia destra, nello spazio di campitura libera del muro). Per tentare di riportarla nel presente le chiedo di far caso a tutte le cose di colore giallo che osserva nella stanza e nominarle, ma è in difficoltà: il tavolo, i muri, la poltrona che sono gialli li vede invece bianchi. Le chiedo di che colore sia la giacca che indossa; rimane stupita: sa che è blu, ma la vede nera! La scena del piano dissociativo è quindi a vividi colori, e quella del presente in bianco e nero; solo quando gli elementi del presente hanno potuto acquisire per lei la vividezza del colore è stata capace di rientrare dal tempo passato.*

Non bisogna infatti immaginare che il flashback sia ogni volta un totalizzante stato crepuscolare che sottrae al presente, un tempo che ritorna in maniera esclusiva: il paziente può pensare infatti di vivere *contemporaneamente* nei due tempi. E può essere in qualche modo

tanto abituato a questa contemporaneità da non comunicarlo o rivelarlo alle persone intorno. Rapidi cambi nel discorso, apparire improvvisamente distaccato, modificazioni repentine della mimica, irrigidirsi della postura, ripetitività nelle parole o nel discorso, alzarsi d'improvviso per uscire: sono tutti indicatori del fatto che il paziente sta vivendo in più tempi.

*Mentre guardo l'agenda per fissare il prossimo appuntamento (dopo una seduta in cui l'atmosfera era stata di collaborazione, fiducia, e il paziente aveva manifestato la sua gratitudine per come dopo tanto tempo si sentiva in terapia), Abdul (un africano con una storia di schiavitù dall'infanzia) strabuzza gli occhi con una espressione terrorizzata. Lo chiamo un paio di volte, prima che ritorni, e solo con ritrosia mi dice che al posto del mio viso ha visto quello del bianco responsabile della sua condizione, l'arabo, suo padrone per una vita.*

### ***Fa freddo, un freddo mortale***

*Yawa è una ragazza Togolese vittima di numerose violenze da parte del suo datore di lavoro e di violenze e torture da parte di coloro che avrebbero dovuto difenderla e tutelarla in seguito alla denuncia da lei fatta alle locali forze dell'ordine. Già durante i primi colloqui era evidente lo stato di grave malessere che non permetteva a Y. di raccontare e raccontarsi. Le crisi dissociative a tipo flashback (a volte totali, a volte parziali –con co-coscienza del presente-) seguivano ogni tentativo di raccogliere informazioni anche relative al qui e ora, crisi dissociative che continuavano fuori dalla stanza di terapia e a volte iniziavano sulle sedie della sala d'aspetto. Durante uno di questi episodi, mentre ricordava i giorni in cui era chiusa in una cella piccola,*

*buia e freddissima Y. ha incominciato a tremare , si è seduta per terra in un angolo rannicchiata: sapeva di essere qui a Roma, all' "hopital", così definisce il nostro Centro, ma il suo corpo era in quella cella e sentiva lo stesso freddo.*

Consideriamo equivalenti di flashback (in quanto alterazione della coscienza del tempo) anche l'affiorare improvviso di emozioni *non congrue con il momento attuale in cui la persona ricorda*, o sintomi somatici con lo stesso valore di rivissuto nell'adesso di avvenimenti passati, in quanto si tratta di emersioni *parziali* nel presente di tali eventi. Il valore psicopatologico dissociativo in questi casi è anche raddoppiato dal fatto che una parte del Sé è nel presente, ma un'altra rivive.<sup>15</sup>

Per quanto attiene alle preconcezioni del **tempo bloccato**, esse appartengono (quando non si tratta dei casi esposti in precedenza di **atemporalità**) al versante non dissociativo della sintomatologia, indicando una credenza di fondo in cui la vita e il tempo del soggetto non hanno modo di procedere **per motivi d'umore, affettivi** (e non per un pregiudizio causato dall'alterazione della percezione del tempo), a causa del cambio repentino di prospettiva vitale originato dal trauma.

### ***Posso solo attendere la morte e quello che verrà dopo***

*Fatima è una donna Oromo, una etnia perseguitata da sempre nell'Etiopia. Vive in Italia da abbastanza anni da parlare bene la lingua, e ha vissuto una esperienza marginale e semischivata come badante in una famiglia, fino alla morte*

---

<sup>15</sup> Cfr. anche infra sulle alterazioni del corpo

*della signora che assisteva. Da allora vive senza pretese, con una florida sintomatologia post-traumatica, e i suoi modi infantili di parlare e muoversi, che generano sorpresa per il contrasto a volte con il contenuto dei suoi discorsi. Si è stabilizzata soprattutto mantenendo una distanza da ogni possibile avvicinamento interpersonale, per questo anche l'offerta di terapia le risulta destabilizzante (nonostante le sia stato chiarito che non si parlerà dei suoi traumi) per un motivo relazionale. Ha preferito vivere in uno stabile occupato, piuttosto che nelle situazioni abitative che le sono state offerte in centri o residenze: lì può continuare una esistenza anonima per quanto possibile, ricorrendo alle relazioni per quello che possono esserle utili, ma senza coinvolgersi troppo. In una delle sedute esplicita con chiarezza la sua necessità di non muovere il tempo, e la convinzione senza emozione che niente può cambiare, che la sua vita è "la disgrazia che è", e l'unica speranza può averla nella decisione di Allah nel dopo vita.*

## **CONTINUITÀ: IL TEMPO SCOMPARE**

Il fluire lento o rapido del tempo forma nella nostra coscienza il senso di una continuità senza fratture, neanche quando la nostra distrazione o l'aver la testa altrove ci sottraggono dei periodi: rimaniamo con il senso che a dispetto della nostra poca mindfulness la nostra vita abbia continuato a scorrere da un istante e da un minuto all'altro.

Invece nei pazienti dissociativi la linea continua del tempo viene fratturata in corrispondenza di buchi, lacune della giornata (anche della durata di varie giornate), in cui appare che il tempo sia come uno di quei fiumi carsici che scompaiono nel sottosuolo per affiorare

più in là. A questa categoria psicopatologica appartengono i Disturbi della Amnesia Dissociativa (e del suo correlato Fuga Dissociativa), ben conosciuti e per questo non esaminati in questa rapida rassegna. Vale la pena ricordare come a volte l'amnesia di un periodo corrisponde alla presenza di un alter dissociativo, e quindi comporti da parte del clinico la necessità di ricercare la presenza di un Disturbo dell'Identità Dissociativo.

### ***Nella via della scuola...e poi? Sempre lì...***

*“Vado a scuola ....” “...e poi?” Domando ad una ragazza molto sofferente e che chiede aiuto con la sua presenza puntuale e costante, il corpo dolorante e poche parole “Non lo so...” “Non sai o non ti ricordi?” “Non so ...penso di stare male non ricordo, all'improvviso qualcuno mi urta o mi parla allora vedo che sono lì.....” “Lì dove ? ...”Nella via della scuola...” “..e quando finisce la scuola?” “ A mezzogiorno.....” “e poi?” “.....non lo so....torno al centro per mangiare, ma a volte è già tutto finito.... Se è finito allora vuol dire che sono le tre..... ma non ricordo, non ricordo dove sono stata tutto quel tempo, non so cosa mi è successo, cosa ho pensato o sentito, quando mi sento nuovamente è sempre molto tardi e io sono ancora lì.....,” “lì ....lì dove ?” “.... Nella via della scuola.....”*

Ma al di fuori di questi Disturbi codificati, esiste una fenomenologia legata alla perdita della continuità del tempo meno marcata, come un fenomeno discreto nell'esperienza della giornata normale, senza che assurga al livello di diagnosi di un disturbo in sé.

## ***Le mie giornate non hanno pomeriggi***

*Alia è una mauritana ex-schiava, con una prevalenza di sintomatologia di ipoattivazione; per aiutarla nel compito di aumentare la sua **presenza** nel qui-ed-ora, oltre a una serie di esercizi basati sul corpo e le sue sensazioni, proviamo a ricostruire le sue giornate, fuori dal tempo della consulta. Così ci rendiamo conto che nella sua mente solo le mattine esistono, quando va a scuola di italiano, o viene qui. Il pomeriggio passa nella sua stanza, ma l'unica cosa che è rimasta nella sua memoria è che piange. Ma non si tratta della narrazione di un pianto puntuale, per dire: 'quello di ieri pomeriggio'. No, è un piangere semantico, l'**idea** che piangere è quello che occupa il tempo dei suoi pomeriggi, insieme al ricordo dei figli. Ma anche qui non ricordi puntuali, concreti: ricordi dell'assenza. Pianto e figli sono difatto contenuti mentali con valore di **confabulazioni**, atti a riempire un buco fatto di un tempo che scompare, ogni pomeriggio.*

## **BIBLIOGRAFIA:**

- Ascoli M. (2005): Il senso di colpa dei sopravvissuti ai Lager Nazisti : un'analisi psicologica attraverso le interviste ai reduci e le opere di Primo Levi, Relazione al Congresso SIP 2005, [https://www.academia.edu/2590252/Il\\_senso\\_di\\_colpa\\_dei\\_sopravvissuti\\_ai\\_Lager\\_Nazisti\\_unanalisi\\_psicologica\\_attraverso\\_le\\_interviste\\_ai\\_reduci\\_e\\_le\\_opere\\_di\\_Primo\\_Levi](https://www.academia.edu/2590252/Il_senso_di_colpa_dei_sopravvissuti_ai_Lager_Nazisti_unanalisi_psicologica_attraverso_le_interviste_ai_reduci_e_le_opere_di_Primo_Levi)
- Camilli A., “I medici che curano le ferite invisibili della tortura”, Internazionale, 25 luglio 2017 <https://www.internazionale.it/reportage/annalisa-camilli/2017/07/25/tortura-medici-cura>

- Castelfranchi C., D'Amico R., Poggi I. (1994): “Sensi Di Colpa”, Giunti Editore
- Gil S., Droit-Volet S. (2012). Emotional time distortions: The fundamental role of arousal. *Cognition and Emotion*, 26(5), 847–862
- Gilbert P. (1992): “Human Nature And Suffering”, Psychology Press
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The post-traumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11(3), 303–314. doi: 10.1037/1040-3590.11.3.303
- Frewen P, Lanius R. (2015). “Healing the Traumatized Self: Consciousness, Neuroscience, Treatment”, Norton & Company (trad. it. 2017 “La cura del Sè traumatizzato”, Fioriti Editore)
- Gadamer H.G. (1960). “Wahrheit und Methode”, (trad.it. 1983. “Verità e Metodo”, Bompiani)
- González Vázquez A. (2010). “Trastornos Disociativos”, Ed. Pleyades, Madrid (trad. it. 2016 “I disturbi dissociativi. Diagnosi e trattamento”, Fioriti Editore)
- Haselton, M.G.; Buss, D.M. (2003). Biases in Social Judgment: Design Flaws or Design Features?, in Forgas, J. P., Williams K. D., von Hippel W. “Social Judgments: Implicit and Explicit Processes”, New York, NY: Cambridge University Press
- James W. (1890). “Principles of psychology”. New York: Holt. (Tr. it. 2004: Principi di psicologia, Principato)
- Jaspers K. (1946). “Allgemeine Psychopathologie”, (trad. it 1964, Psicopatologia generale, Il pensiero scientifico)

- Mercier H., Sperber D. (2017): “The Enigma of Reason”, Harvard University Press
- Minkowski E., (1933). “Le temps vécu”, Paris: Collection de l'évolution psychiatrique (trad. it. 1968 “Il tempo vissuto”, Torino: Einaudi)
- Moskowitz A., Mosquera D., Longden E. (2017). Auditory verbal hallucinations and the differential diagnosis of schizophrenia and dissociative disorders: Historical, empirical and clinical perspectives, *European Journal of Trauma & Dissociation*, 1, 1, 37-46
- Pöppel E. (2004). Lost in time: A historical frame, elementary processing units and the 3-second window. *Acta Neurobiologiae Experimentalis*, 64(3), 295–301
- Sironi F. (1999). « Bourreaux et victimes », Odile Jacob (trad. it. 2001 « Carnefici e vittime », Feltrinelli)
- Tulving E. (2002a). Chronesthesia: Conscious awareness of subjective time. In: Stuss D.T., Knight R.T. (a cura di), “Principles of frontal lobe function”. New York: Oxford University Press
- Van der Hart O., Nijenhuis E., Steele K. (2006). “The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization”, W. W. Norton & Company (trad. it. 2011. “Fantasmi nel sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale”, Raffaello Cortina)
- Van der Kolk B. (2014). “The body keeps the score. Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma”, Penguin USA (trad.it. 2015 “Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche”, Raffaello Cortina)