

Barbara Piovano

# La cura che ammala

Adattamento creativo  
al trauma iatrogeno

Collana **I territori della Psiche**



Alpes Italia srl – Via G. Romagnosi 3 – 00196 Roma

tel./fax 06-39738315 – e-mail: [info@alpesitalia.it](mailto:info@alpesitalia.it) – [www.alpesitalia.it](http://www.alpesitalia.it)

© Copyright Alpes Italia srl  
Via G. Romagnosi, 3 – 00196 Roma  
tel./fax 06-39738315

I edizione 2023

**Barbara Piovano.** Medico Chirurgo, Neuropsichiatra Infantile, ha già pubblicato:  
Piovano B. (1994). *Le esperienze parallele: percorsi psicoanalitici dal bambino al genitore*. Borla, Roma; Piovano B. (1998). *Parallel psychotherapy with Children and Parents*, Northvale. Jason Aronson, NJ London; Piovano B. (2022). “*The body in the analytic consulting room: Italian-British conversations*”, in *When the Body Speaks, A British-Italian Dialogue*, edited by D. Campbell & R. Jaffè. London, New York, Routledge; Piovano B. (2022). Il contributo delle neuroscienze ad un approccio analitico alla sofferenza psicocorporea. *Rivista di psicoanalisi*. 2022, LXVIII, 2; oltre a numerose pubblicazioni su riviste scientifiche nazionali e internazionali, alcune delle quali rivelano uno specifico interesse “per i livelli corporei e pre-simbolici della mente”.

#### TUTTI I DIRITTI RISERVATI

Tutti i diritti letterari ed artistici sono riservati.

È vietata qualsiasi riproduzione, anche parziale, di quest'opera.

Qualsiasi copia o riproduzione effettuata con qualsiasi procedimento (fotocopia, fotografia, microfilm, nastro magnetico, disco o altro) costituisce una contraffazione passibile delle pene previste dalla Legge 22 aprile 1941 n. 633

e successive modifiche sulla tutela dei diritti d'autore

## INDICE

Introduzione .....	V
Prefazione di <i>Luis Martin Cabré</i> .....	XI
Tough choices make good stories .....	1
Trauma iatrogeno .....	5
Sindrome posttraumatica successiva a eventi iatrogeni .....	9
Presentazioni cliniche .....	15
Contributo del riconoscimento dell'insuccesso o dell'esito negativo dell'atto medico alla cura del trauma iatrogeno .....	31
Interventi terapeutici nella fase di stress posttraumatico (terapia farmacologica, psicoterapia, fisioterapia, tecniche centrate sul corpo e sulla regolazione emotiva) .....	35
Considerazioni a margine .....	41
La cura che ammala .....	45
Postfazione di <i>Laura Ambrosiano</i> .....	49
Bibliografia .....	55



---

## INTRODUZIONE

*Ciò che dovrebbe curare può anche danneggiare. Analisi degli effetti del trauma iatrogeno, ovvero di quella malattia, lesione o danno funzionale che è attribuibile, direttamente o indirettamente, a un intervento preventivo, diagnostico o terapeutico del medico.*

Il lavoro inizia con l'indicazione di alcuni criteri per una scelta ragionata del medico a cui affidarsi, che si basi su criteri oggettivi, desunti dalla mole di informazioni provenienti dai mass media (tv, internet, giornali libri), e non solo su una selezione personale del paziente attraverso il criterio del passaparola e/o su motivazioni inconsce del paziente e del medico che si propone come curante.

Una scelta ponderata e oculata potrebbe, infatti, dare al paziente una maggiore garanzia rispetto alla possibilità che si verifichino eventi avversi conseguenti a diagnosi errate o a trattamenti inadeguati.

L'evenienza di un danno fisico più o meno invalidante durante o dopo un intervento medico, non necessariamente conseguente all'appropriatezza dello stesso e alla presenza o meno di un errore medico e di un danno iatrogeno, provoca un *trauma psichico* nel paziente a cui può conseguire in alcune situazioni *una forma specifica* di sindrome posttraumatica da stress.

La specificità è data dal fatto che il danno fisico si è verificato dopo che il paziente si è affidato ad “*una persona supposta curare e sapere*” e dalla quale si aspettava di essere curato, dando per scontato la bontà dell'operato del professionista sulla spinta di una eccessiva idealizzazione, di un sottrarsi alla fatica che la selezione e la scelta comportano e, non ultimo, dalla scarsa consapevolezza che un medico possa fallire e possa essere condizionato dalle strutture private o pubbliche nelle quali svolge le sue prestazioni.

In psicoanalisi esiste un'ampia letteratura sui limiti dell'analista e dell'analisi.

Già Freud segnalava che le caratteristiche della personalità dell'analista giocano un ruolo di primo piano nel trattamento analitico, affermando che un analista può procedere "esattamente fin dove glielo consentono i suoi complessi e le sue resistenze interne" (1910, p. 201) e che a ogni rimozione non risolta nel medico corrisponde una macchia cieca nella percezione dell'analista (1912, p. 537). In "*Analisi terminabile e interminabile*" (1937) Freud accenna al fatto che la prospettiva e il successo della cura psicoanalitica dipendono non solo dalle caratteristiche del paziente ma anche da quelle dell'analista.

Ferenczi ha parlato dell'importanza della soggettività dell'analista e della stretta relazione esistente tra stati emotivi dell'analista e l'andamento del processo analitico e ha sottolineato sia le potenzialità terapeutiche insite nella partecipazione affettiva dell'analista, sia il rischio legato a possibili danni iatrogeni sul paziente (Ferenczi, 1932). Va da sé che le stesse considerazioni sono estensibili al rapporto che si stabilisce tra medico e paziente relativamente all'influenza delle emozioni di entrambi sulla qualità della loro relazione.

Il *contenuto* di questo scritto è il frutto di una riflessione personale sull'esperienza di pazienti che hanno chiesto una consultazione o una psicoterapia o un'analisi per essere aiutati ad affrontare il doloroso percorso che conduce al padroneggiamento cognitivo ed emotivo della sindrome da stress posttraumatico che fa seguito ad un evento iatrogeno.

L'*intento* di questo lavoro è quello di sensibilizzare i medici e in generale i sanitari e le persone interessate all'argomento trattato sugli effetti di un evento avverso e imprevisto conseguente ad un intervento medico, attraverso la presentazione di consultazioni e psicoterapie psicoanalitiche di pazienti con una sindrome posttraumatica da stress iatrogeno. Presentazione che mette in rilievo nel racconto del paziente l'evoluzione del rapporto con il medico prima e dopo l'esito negativo e inaspettato del suo intervento.

La descrizione dei sintomi della Sindrome posttraumatica che si scatena in seguito allo shock successivo alla realizzazione dell'esito inaspettato e imprevisto del trattamento medico o chirurgico è preceduta dalla descrizione di al-

cuni fattori che concorrono a determinare l'entità e la qualità del danno psichico conseguente al trauma iatrogeno (storia del paziente, personalità del paziente, del medico, tipo di relazione che si stabilisce fin dall'inizio tra paziente e medico), ed è seguita dalla comunicazione di quelli che sono gli strumenti terapeutici e i provvedimenti ambientali che favoriscono il passaggio da un *break down* conseguente al trauma iatrogeno ad un *break through* verso un adattamento "creativo" alla nuova condizione – diagnosi corretta, presenza di un ambiente familiare e assistenziale durante l'episodio traumatico e nella fase successiva, qualità delle relazioni familiari e amicali e presenza di un ambiente socio assistenziale di sostegno, risorse del paziente, atteggiamento del medico di fronte all'insuccesso o al fallimento del suo intervento.

Le sette presentazioni cliniche dei pazienti che hanno richiesto una consultazione o una psicoterapia per un *break down* conseguente al trauma iatrogeno, e che ho selezionato per questo scritto, esemplificano gli assunti sostenuti fin qui, fanno vedere analista e paziente al lavoro, mostrano il rapporto che si è stabilito fin dall'inizio tra il paziente e il medico, così come emerge nel *racconto* del paziente in terapia ed evidenzia il modo in cui l'atteggiamento e il comportamento del medico influenzano la reazione del paziente e la sua ripresa. A questo proposito viene sottolineato, sulla scia di Ferenczi, uno dei pionieri della psicoanalisi in Ungheria, l'importanza *curativa* del riconoscimento da parte del medico dell'insuccesso o dell'esito negativo del suo intervento.

Tra gli interventi terapeutici indicati nella fase di stress posttraumatico – terapia farmacologica, fisioterapia, tecniche centrate sul corpo e sulla regolazione emotiva per alleviare i sintomi somatici della sindrome posttraumatica non riferibili ad altre cause – ampio spazio viene dedicato alla psicoterapia psicoanalitica effettuata nella stanza d'analisi.

Rileggendo le "Considerazioni a margine", ritrovo i punti salienti della mia esperienza di psicoterapia psicoanalitica con i pazienti che mi hanno chiesto aiuto dopo un trauma iatrogeno.

Penso che la sindrome posttraumatica da stress conseguente al fallimento o "abuso" da parte del medico abbia una sua specificità, in quanto distrugge le sue aspettative di ricevere risposte curative e contenitive non solo dal medico

ma anche dalle strutture pubbliche o private in cui egli opera, in una situazione che risente *fortemente della traumaticità della società odierna*.

L'elaborazione in analisi del trauma psichico iatrogeno è pertanto molto complessa e non può essere considerata in analisi semplicemente come un lutto da elaborare rispetto al fallimento del medico, o come un evento avverso dovuto al destino, equiparabile ad altre inevitabili disgrazie della vita.

Anche l'approccio psicoanalitico a questi pazienti traumatizzati ha delle specificità nel senso che quando è il corpo che accusa il corpo lo *psico*-analista non può non mettersi a contatto con la propria vulnerabilità o con il proprio *freezing* rispetto ai sintomi *corporei* del paziente e alle sue angosce di deterioramento corporeo e di morte.

Nella psicoterapia psicoanalitica la complessa questione del rapporto corpo-mente e dell'origine dello psichico e del percorso verso la simbolizzazione viene favorita attraverso l'esperienza di una *relazione analitica* nella quale si intrecciano la corporeità e la vita affettiva e mentale del paziente e dell'analista. Il corpo può essere raggiunto attraverso la risonanza corporea con il paziente e la trasformazione in emozioni che possono essere condivise e comunicate e attraverso l'elaborazione controtransferale trasformativa di vissuti corporei che non trovano la strada verso la rappresentazione. Ma come può l'analista portare sollievo a pazienti sopraffatti da sofferenze corporee irrepresentabili e intrasformabili?

Come può l'analista andare incontro a sintomi corporei riconducibili a nuclei inconsci composti di sedimenti somato-sensoriali irrepresentabili e intrasformabili o a disfunzioni o lesioni del substrato neurale di malattie che sono oggetto delle neuroscienze?

La sfida emotiva più grande per l'analista è proprio quella di stare vicino a questi pazienti nella gestione della sofferenza psicofisica, entrando in risonanza con sofferenze corporee e angosce di deterioramento corporeo irrepresentabili e intrasformabili.

Un'altra difficile prova da sostenere è quella di accettare la posizione di un *helpless helper* fino al momento in cui questi pazienti riescono a padroneggiare intrapsichicamente il trauma e possono sentire l'analista come un *testimone* af-



fidabile che li accompagna nel loro passaggio da una situazione di sopravvivenza ad un adattamento alla nuova condizione. Adattamento che può essere creativo nella misura in cui il ri-assetto psicosomatico e le trasformazioni psichiche favorite dall'esperienza terapeutica di un diverso tipo di ascolto e di 'modo di essere con l'altro', lasciano intravedere la possibilità di proiettarsi in una nuova realtà di vita e di trovare in sè stesso nuove modalità di espressione.

Nell'ultimo paragrafo, propongo una lettura della 'cura che ammala' non dal versante del paziente, ma da quello curante, nel senso che la cura può ammalare anche il curante. Una maggiore consapevolezza del curante delle reazioni emozionali del paziente e delle *proprie* a quello che sta succedendo nel loro rapporto potrebbe proteggere il medico da pazienti 'difficili', favorire l'abbandono di atteggiamenti difensivi distanzianti o di collusioni connesse a una eccessiva identificazione con il paziente e alimentare gli aspetti di stima e affetto contenuti nel transfert positivo del paziente.



---

## PREFAZIONE

*Luis Martin Cabré*

Questo suggestivo e splendido libro di Barbara Piovano ci invita a riflettere, attraverso la sua ricca esperienza clinica e teorica, su un argomento sempre difficile da affrontare ed elaborare psicoanaliticamente: il trauma iatrogenico o, come lei dice più incisivamente, la cura che ammalata. L'autrice ci mostra attraverso le diverse e ricche illustrazioni cliniche contenute nel libro, le conseguenze drammatiche del bisogno insoddisfatto di ascolto ed accoglienza che si verificano a volte quando un intervento medico fallisce o non ottiene il risultato auspicato. Conseguenze che precipitano inaspettatamente il paziente traumatizzato in situazioni di angoscia e disperazione e modificano il suo rapporto con il corpo sentito come non appartenente al proprio sé, sebbene paradossalmente, sia proprio il corpo l'unica prova della sua esistenza.

Il trauma iatrogenico è un argomento tra l'altro di grande attualità in un momento in cui siamo protagonisti di un inimmaginabile trauma collettivo, la pandemia da Covid, che ha disorganizzato i nostri ritmi, il nostro senso di continuità e il nostro rapporto con il tempo.

Il confinamento ha costretto sia i pazienti che i medici e gli analisti a riorganizzare i loro spazi interni ed esterni e a confrontarsi con il disagio, la tensione e il sentimento di solitudine e perdita che ne derivano. Ci siamo sentiti all'improvviso espropriati del setting nel quale abitualmente applichiamo gli strumenti analitici della nostra pratica clinica, che sono stati sostituiti da una tecnologia in gran parte sconosciuta che ha seminato incertezza sul nostro futuro e su quello dei nostri pazienti.

Mentre la malattia può essere considerata un evento che si integra nella biografia della persona, la cura sbagliata costituisce una esperienza traumatica che intensifica in maniera esponenziale il dolore e la sofferenza.

Trovo molto pertinente la lettura e l'integrazione che l'autrice fa del pensiero di Ferenczi nelle sue riflessioni sull'aspetto traumatico della iatrogenia. La sofferenza con la quale ci confrontiamo abitualmente con i nostri pazienti è diversa da quella di cui parla Ferenczi quando, approfondendo la dinamica del trauma, si riferisce a una sofferenza sconosciuta che diventa insopportabile e smisurata e che, quindi, mette a dura prova la nostra capacità di contenimento e comprensione.

Ferenczi ha sviluppato una teoria che mette al centro il trauma connettendolo non tanto alle conseguenze di una fantasia di seduzione quanto ad una intromissione forzata o intrusione nella mente del paziente di un oggetto che disorganizza l'assetto psicosomatico del paziente sia che si tratti di un oggetto troppo presente che di un oggetto troppo assente. Entrambi infatti, lasciano un'impronta indelebile nel sé e nella costituzione dell'oggetto interno primario.

Quando la prestazione medica fallisce o non dà i risultati sperati si sviluppa tra paziente e medico una relazione particolare nella quale i bisogni del medico possono prevalere su quelli del paziente, che, pertanto, non solo non verrà riconosciuto come soggetto ma potrà diventare oggetto di diniego. Un diniego che può avere un impatto devastante sul mondo affettivo e sui processi di pensiero del paziente (e, per identificazione, del medico).

La vera violazione psichica della pratica iatrogenica è determinata dall'esercizio abusivo di una violenza e di un potere che *perverte* la relazione medico-paziente.

La mancanza di una risposta adeguata alla situazione di impotenza che frammenta e mutila il sé del paziente traumatizzato alimenta nel paziente uno *stato traumatico permanente*, e la sensazione di inermità e impotenza si riattiva anche nella relazione psicoanalitica mettendo a dura prova la capacità dell'analista che prende in cura pazienti con sindrome postraumatica da stress da trauma iatrogeno di aiutare il paziente a passare da una situazione di sopravvivenza ad un adattamento 'creativo' (secondo la definizione di B. Piovano) alla nuova condizione attraverso la costruzione di una diversa immagine di sé.

Vorrei a questo punto sottolineare che uno degli aspetti centrali dell'apporto di Ferenczi sul trauma è quello di enfatizzare un'esperienza con l'oggetto nella quale la cosa più importante non è quello che è successo ma quello che non è successo. Si tratta cioè di un'esperienza dolorosa connessa alla mancanza di accoglienza, di ascolto, di rispetto se si vuole. Tutto ciò produce, a volte, una autoscissione narcisistica che trasforma brutalmente la relazione d'oggetto in una relazione narcisistica che fomenta un'inertità che può diventare irreversibile e che si oppone al lavoro dell'analista. Quest'ultimo è proprio quello di favorire la trasformazione di una relazione narcisistica tra due parti del sé (un parte di sé ipervigile 'autoterapeutica' e un'altra parte di sé sofferente stretta nella morsa dell'andare a pezzi) in una relazione con un persona responsiva che si prende cura (v. Piovano capitolo 6 sulla psicoterapia psicoanalitica).

Ferenczi iscrive la sua teoria del trauma nella dimensione di un "presente" che rimane fuori dalla temporalità storica. A differenza del presente storico, che stabilisce una presenza ed una identità, nel presente traumatico tutto si dissolve, non vi è né soggetto, né opposizione tra soggetto ed oggetto. Nel tempo del vissuto connesso all'esperienza iatrogenica, si stabilisce un processo di dissoluzione che va nella direzione della morte. Anzi, forse più che della morte che mette un limite, si tratta di uno "star morendo" continuamente in un tempo dove nulla inizia. Il tempo si mummifica e agendo come un tessuto morto, paralizza la funzione dell'après-coup (paralizza la possibilità di significare il trauma in un secondo tempo).

Il corpo diventa l'unico destinatario della memoria traumatica iatrogenica e il martire portavoce di una parola che ha perso la voce.

Ma pensiamo per un momento alla psicoanalisi in modo concreto. Il punto più polemico della teorizzazione sul trauma di Ferenczi, si basava sul fatto che anche la relazione analitica potesse diventare traumatica come conseguenza dell'intromissione forzata, della compulsione a interpretare di certi analisti e della sottomissione nevrotica di certi pazienti. Ho sempre avuto l'impressione che il dibattito che si sviluppò tra Ferenczi e Freud tra il 1928 e il 1933 andasse oltre a una discussione sul trauma e si riferisse, in fondo, al

problema della trasmissione della psicoanalisi e, se si preferisce, alla questione della formazione psicoanalitica. Di fatto, con il termine “introiezione” Ferenczi si riferiva ad una educazione violenta dei genitori sui figli, ad una educazione devastante che inocula la colpa, il segreto e la proibizione di pensare. Ma naturalmente si stava anche riferendo ad un determinato modo di analizzare che implicava la sottomissione, l’introiezione della colpa ed una incapacità di gestire le proprie risorse mentali che caratterizzerebbe alcuni pazienti e soprattutto alcuni futuri analisti che non riescono ad abbandonare la posizione di una eccessiva idealizzazione e identificazione con il proprio analista o supervisore.