



**UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA**

---

Corso di Laurea in Infermieristica

***IL SILENZIO NEL PTSD:  
INTERVENTI ASSISTENZIALI, ASCOLTO ATTIVO E COMPRENSIVO.  
UNA REVISIONE NARRATIVA.***

Relatrice:

***Chiar.ma Prof.ssa Stefania Impicci***

Candidata:

***Rebecca De Carlonis***

Correlatore:

***Gent.mo Dott. Sergio I. Gullo***

Anno Accademico 2025/2026

*A voi che mi avete accompagnato in ogni serata di studio.  
A voi che avete vissuto con me questi anni di cambiamento.  
A voi che avete visto i miei fallimenti.  
A voi che siete ancora qui e a chi mi ha lasciato per sempre.  
A voi che mi avete “stravolto” la vita.  
Questo è dedicato a voi e ai vostri occhi pieni di parole*

***Ai miei gatti***

**Tutte le interpretazioni proposte,  
soprattutto quelle relative a possibili correlazioni  
tra i personaggi e patologie specifiche,  
sono frutto di un'analisi soggettiva e creativa,  
basata sulla libera interpretazione dell'opera di Bergman.**

## *PERSONA, SOGNO E TORMENTO*



**“Tu insegui un sogno disperato,  
questo è il tuo tormento.  
Tu vuoi essere, non sembrare di essere.”**

**Essere in ogni istante cosciente di te e vigile,  
e nello stesso tempo ti rendi conto  
dell'abisso che separa ciò che sei per gli altri da ciò che sei per te stessa e questa  
sensazione provoca quasi un senso di vertigine,  
un timore di essere scoperta,  
di vederti messa a nudo, smascherata,  
riportata ai suoi giusti limiti.**



**Poiché ogni parola è menzogna,  
ogni gesto falsità,  
ogni sorriso una smorfia”**

*Persona (1966) di Ingmar Bergman: Sequenza iniziale del film.*

# INDICE

<b>ABSTRACT</b>	
<b>INTRODUZIONE</b> .....	<b>1</b>
<b>OBIETTIVI</b> .....	<b>3</b>
<b>MATERIALI E METODI</b> .....	<b>4</b>
<b>CAPITOLO 1: Il trauma psicologico</b> .....	<b>7</b>
<i>1.1 Evento traumatico - definizione</i> .....	7
<i>1.2 Disturbi correlati a eventi traumatici</i> .....	8
<i>1.3 Il disturbo da stress post-traumatico</i> .....	9
<i>1.4 Manifestazioni cliniche del PTSD</i> .....	10
<b>CAPITOLO 2: Il silenzio come risposta al trauma</b> .....	<b>11</b>
<i>2.1 Il significato del silenzio</i> .....	11
<i>2.2 Possibile manifestazione post-traumatica</i> .....	12
<i>2.3 Comunicazione non verbale e ritiro relazionale</i> .....	12
<i>2.4 Il ruolo della relazione</i> .....	13
<i>2.5 Rapporto infermiere - paziente</i> .....	14
<i>2.5.1 Il silenzio nel rapporto infermiere - paziente</i> .....	15
<i>2.5.2 La relazione di cura e l'infermiere</i> .....	17
<b>CAPITOLO 3: Persona - un caso simbolico</b> .....	<b>19</b>
<i>3.1 Un film come rappresentazione simbolica</i> .....	19
<i>3.2 Elisabeth e Alma</i> .....	20
<i>3.3 Ascolto e parola</i> .....	20
<i>3.4 Comunicazione non verbale e relazione di cura</i> .....	22
<i>3.5 La lettera</i> .....	22
<i>3.6 Riflessioni per la realtà</i> .....	24
<i>3.7 Ponte tra teoria e realtà</i> .....	25

<b>CAPITOLO 4: Ana - un caso clinico.....</b>	<b>28</b>
4.1 <i>Presentazione del caso</i> .....	28
4.2 <i>Analisi dei bisogni e sintomi</i> .....	29
4.2.1 <i>Analisi infermieristica dei bisogni</i> .....	29
4.3 <i>Gestione del trauma e intervento EMDR</i> .....	31
4.4 <i>Il ruolo dell'infermiere</i> .....	32
4.5 <i>Interventi possibili</i> .....	32
<b>RISULTATI .....</b>	<b>35</b>
<b>DISCUSSIONE .....</b>	<b>37</b>
<b>CONCLUSIONI .....</b>	<b>39</b>
<b>TABELLA ESTRAZIONE DATI .....</b>	<b>41</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>44</b>

## **ABSTRACT**

### ***Contesto/Argomento:***

Il Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD) rappresenta una delle manifestazioni più complesse e meno comprese nel campo delle neuroscienze.

Attraverso l'opera cinematografica "Persona" (1965-in Italia 1966) di I. Bergman, si vuole esplorare la dinamica del trauma come un'interruzione del Sé e l'uso del silenzio come barriera creata per far fronte al dolore.

La tesi cerca di far comprendere come l'infermiere può reagire a tale sintomo con un focus particolare al PTSD post-partum.

### ***Obiettivi:***

Il seguente elaborato analizza e tratta il fenomeno del silenzio nel PTSD, indicando come viene strutturata l'assistenza infermieristica in tutte le sue possibili sfumature riguardo tale situazione.

L'interazione e l'integrazione tra la teoria medica e le scienze infermieristiche, permette di avere una visione più ampia riguardo tale fenomenologia.

L'opera di Bergman, all'uopo, aiuta a comprendere al meglio ciò che si cela dietro la gestione di un paziente con tali sintomi.

### ***Metodologia:***

È stata condotta una revisione narrativa della letteratura scientifica attraverso PubMed e Google Scholar, utilizzando parole chiave come "Silence and PTSD", "Communication", "Nursing", "Therapeutic silence in PTSD" e "Post-partum PTSD".

Sono stati inclusi testi e autori di maggior riferimento in ambito psichiatrico e psicologico (Peplau, Watson, van der Kolk) insieme ad un'analisi di un caso clinico contenente un esempio di metodologia EMDR per favorire la guarigione in una paziente con diagnosi di PTSD.

Oltre alla ricerca online e testuale è stato utilizzato il modello PICO.

***Risultati:***

Dall'analisi emerge come il silenzio in un paziente con PTSD non è un'assenza di comunicazione, ma un dato clinico che richiede determinate competenze infermieristiche per la sua trattazione.

La pellicola di Bergman permette di comprenderne i vari aspetti, tra cui il rischio di un'eccessiva empatia tra infermiere e paziente, le difficoltà nell'assistenza infermieristica e le complesse dinamiche che possono portare una persona ad isolarsi dall'intera società. La complessità dei casi clinici spesso traslascia il lato umano privilegiando, come naturale, l'aspetto clinico mettendo in atto metodologie infermieristiche e mediche riscontrabili nella pellicola sopra citata.

In sostanza, tutto ciò ci permette di avere una visione a 360° di quello che accade nella psiche del paziente e del suo punto fermo, ossia l'infermiere.

***Conclusioni:***

La tesi conferma l'efficacia delle "Medical Humanities"<sup>1</sup> nella formazione infermieristica al fine di comprendere al meglio le abilità da adottare in un'assistenza che rispetti l'integrità del paziente che favorisca il superamento di stress e isolamento derivanti dal superamento di evento post-traumatico.

---

<sup>1</sup> Medical Humanities: "indica l'incontro della medicina (e delle pratiche sanitarie) con le scienze sociali e comportamentali (antropologia culturale, sociologia, psicologia, diritto, economia, storia e storia della medicina, ecc.), con la filosofia morale (teologia morale e bioetica) e con le arti espressive (letteratura, musica, arti figurative e performative)".

## INTRODUZIONE

Il trauma psicologico rappresenta una condizione complessa e profondamente impattante sulla vita dell'individuo ed è in grado di modificarne le emozioni, relazioni e comportamento.

Secondo il “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM-5), l'esposizione a eventi traumatici può determinare diverse manifestazioni cliniche: tra di esse vi è il Disturbo da Stress Post-Traumatico (per brevità PTSD- Post Traumatic Stress Disorder), caratterizzato da sintomi intrusivi e alterazioni cognitive ed emotive.

I sintomi di un'esperienza traumatica, possono manifestarsi in diversi modi, tra cui forme di comunicazione sia verbale che non verbale.

Tra queste ultime vi è il silenzio.

Nel contesto della sofferenza psichica, il silenzio assume un significato importante, e può rappresentare una risposta difensiva o una modalità di ritiro o una difficoltà nell'elaborazione dell'esperienza traumatica stessa.

In alcune situazioni, il silenzio si manifesta all'interno di quadri dissociativi o post-traumatici, senza rappresentare una diagnosi autonoma ma presentando una modalità espressiva del trauma riconosciuta a livello internazionale nel DSM-5.

Esso non viene riconosciuto come categoria diagnostica specifica, ma i sintomi dissociativi, l'evitamento sociale e il ritiro relazionale, possono influenzare significativamente la comunicazione della persona traumatizzata.

La seguente tesi si pone l'obiettivo di esplorare, in chiave infermieristica, il silenzio come possibile risposta al trauma, collocandolo all'interno della cornice teorica dei disturbi correlati ad eventi traumatici e stressanti secondo il DSM-5.

La pellicola “Persona” di I. Bergman viene utilizzata come chiave di lettura utile a rappresentare il silenzio e la sofferenza psichica in una forma visiva e narrativa drammatica.

Pur parlando di un'opera cinematografica, il film consente di approfondire in modo più che comprensibile il tema del silenzio come espressione del trauma e permette di sviluppare una riflessione critica sul rapporto comunicativo infermiere-paziente e sull'identità del singolo individuo.

Il lavoro si conclude poi confrontando un caso clinico reale con il caso clinico inerente il film in oggetto, al fine di dimostrare come l'approccio narrativo possa diventare uno strumento fondamentale nel costruire un ponte comunicativo tra infermiere e paziente.



*Persona (1966) di Ingmar Bergman: Confronto tra Elisabeth ed Alma*

## OBIETTIVI

L'elaborato che segue, si pone come obiettivo l'elaborazione e la comprensione di ciò che si crea all'interno del silenzio come manifestazione del PTSD, analizzando sia la "lente artistica", che la metodologia clinico- assistenziale.

I punti salienti dell'obiettivo sopra indicato sono i seguenti:

- **Analisi simbolica e relazionale**→ attraverso la figura di Elisabeth Vogler, protagonista del film, si vogliono indagare le dinamiche di difesa del Sé e il ricorso al mutismo selettivo come risposta al trauma, confrontandole quindi con la realtà di un potenziale paziente sintomatico;
- **Approfondimento clinico del trauma nel post-partum**→ esaminare le caratteristiche principali del trauma legato al parto, analizzando come il numbing e l'evitamento possano compromettere il benessere della madre e la relazione di cura del neonato;
- **Valutazione intervento terapeutico**→ dimostrare, attraverso un potenziale caso clinico, l'importanza di un approccio infermieristico integrato mirato che includa l'ascolto empatico del silenzio e l'applicazione delle tecniche di rielaborazione del trauma.

## MATERIALI E METODI

**Strategie di ricerca**→ La revisione della letteratura è avvenuta attraverso la consultazione delle banche dati *PubMed* e *Google Scholar*.

**Parole e operatori**→ Sono stati utilizzati termini di ricerca specifici (**Parole chiave**) e operatori booleani come AND e OR.

**Criteri**→ Sono stati selezionati articoli in full-text, pubblicati prevalentemente negli ultimi venti anni, oltre ad autori e testi classici, riguardanti la psicoanalisi.

La priorità di ricerca è stata data a casi di PTSD post-partum ma sono stati inclusi anche casi di PTSD generici inerenti sia uomini che donne.

**Parole chiave**→

- Post-partum PTSD
- Silence
- Therapeutic silence in PTSD
- Silence and PTSD
- Communication
- Nursing

**Metodologia**→ Per definire il quesito di ricerca e guidare al meglio la revisione si è adottato il modello PICO.

- **P (paziente-problema)**: Paziente affetta da PTSD post-partum con sintomi specifici quali silenzio e ritiro relazionale.
- **I (intervento)**: Assistenza infermieristica basata su comunicazione terapeutica e ascolto attivo.
- **C (confronto)**: Confronto tra opera cinematografica e realtà clinica.
- **O (outcome-risultato)**: Identificazione di strategie assistenziali efficaci per la costruzione di una relazione di cura e superamento del blocco comunicativo.

**Diagramma PRISMA** (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta - Analyses*)→ Per documentare, in modo trasparente, il processo di selezione degli studi inclusi all'interno della revisione.

## 1. Identificazione

- Google Scholar
  - Therapeutic silence in PTSD: 48.000 risultati;
  - Silence in PTSD: 12.600 risultati;
  - Silence and PTSD: 12.600 risultati.

Totale articoli trovati 73.200

- PubMed → gli articoli selezionati sono 5 attraverso l'uso di parole chiave e operatori (*"Post-partum PTSD" AND (Communication OR Nursing)*).
- Dopo rimozione duplicati: 150
- Altre fonti → AA.VV.

## 2. Screening

- Articoli sottoposti a screening: 150
- Articoli esclusi dopo visione dei titoli: 131

Il motivo dell'esclusione deriva dalla non pertinenza rispetto al quesito di ricerca.

## 3. Eleggibilità

- Articoli valutati nel dettaglio con abstract o/e full-text: 19
- Articoli esclusi: 10
  - PubMed → esclusi 2 per studi non pertinenti e/o troppo specifici.
  - Google Scholar → esclusi 8 per studio riguardante infermieri di terapia intensiva, quindi soggetti non pertinenti con incarichi interni a strutture sanitarie e/o abstract troppo generici.

## 4. Inclusione

- Gli studi e articoli finali inclusi sono 9 (riportati in bibliografia).

## Identificazione degli studi tramite database

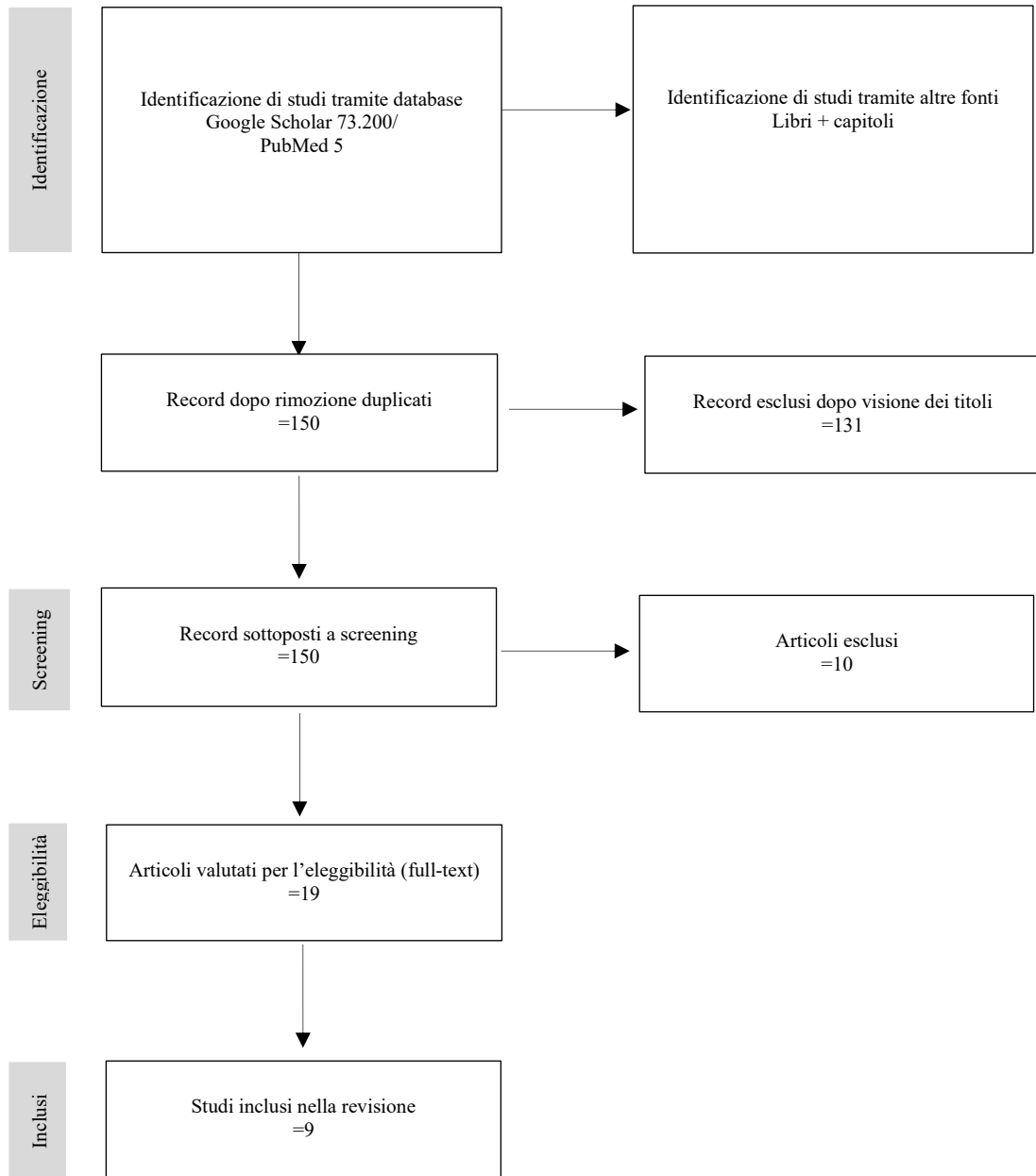


Diagramma PRISMA

# CAPITOLO 1: Il trauma psicologico

## 1.1 Evento traumatico - definizione

Un evento traumatico è identificato come un'esperienza negativa che provoca un impatto emotivo e/o fisico significativo per il soggetto coinvolto.

Rientrano negli eventi traumatici tutte le situazioni che riguardano incidenti, aggressioni, gravi lesioni, violenza sessuale e/o esposizione alla morte, i quali possono essere vissuti sia in modo diretto che indiretto dal soggetto in questione.

Il trauma non è definito solo dalla gravità dell'evento ma anche dalla risposta soggettiva della persona che lo vive e dai possibili sintomi che ne derivano.

A mero titolo esemplificativo, i sintomi possono essere i seguenti:

1. **Disturbi del sonno** → incubi ricorrenti spesso associati ad un costante stato di allerta;
2. **Flashback** → caratterizzati dalla riattivazione involontaria del trauma come se questo stesse riaccadendo nuovamente;
3. **Ipersensibilità a stimoli esterni** → forti rumori o luci accese che possono evocare una risposta di allarme sproporzionata rispetto alla situazione reale;
4. **Cambiamenti riguardanti l'umore** → irritabilità, tristezza persistente e continui sbalzi emotivi difficilmente controllabili dall'individuo;
5. **Problemi a livello di memoria e concentrazione** → blocchi che possono interferire con le attività quotidiane e con la capacità della persona di organizzare il proprio pensiero;
6. **Distacco emotivo e isolamento sociale** → protezione da ulteriori stimoli percepiti come minacciosi.

Dal punto di vista clinico, come riportato nel DSM rev. 5<sup>2</sup>, è fondamentale riconoscere queste manifestazioni poiché rappresentano la modalità attraverso cui la persona manifesta la propria sofferenza emotiva.

---

<sup>2</sup> Il DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) è il manuale diagnostico pubblicato dall'American Psychiatric Association utilizzato a livello internazionale per la classificazione dei disturbi mentali.

È un riferimento fondamentale nella pratica clinica e nella ricerca in ambito psichiatrico e psicologico.

La gestione di tali eventi richiede quindi una visione olistica da parte di tutti gli operatori sanitari coinvolti, per garantire supporto fisico ed emotivo adeguato al fine di mettere in pratica le strategie più opportune.

### ***1.2 Disturbi correlati a eventi traumatici***

Secondo lo psichiatra John W. Barnhill, come indicato nel “MSD Manuals<sup>3</sup>”, i disturbi correlati a fattori traumatici e stressanti sono il risultato dell’esposizione a un evento avverso, i quali possono essere suddivisi in categorie diagnostiche distinte a seconda principalmente della durata, dell’intensità e dell’organizzazione dei sintomi.

1. Il ***disturbo post-traumatico da stress***: si protrae per oltre un mese e si può sviluppare come conseguenza di un disturbo acuto da stress oppure in un secondo momento, fino a sei mesi dall’evento.

Il soggetto può rivivere l’evento attraverso ricordi intrusivi, immagini o sogni accompagnati da una sensazione di minaccia costante.

2. Il ***disturbo da stress acuto***: l’esordio avviene subito dopo l’evento traumatico e dura indicativamente da tre a trenta giorni. Solitamente è accompagnato da confusione, deconcentrazione e ridotta capacità di elaborare l’accaduto.

3. Il ***disturbo di adattamento***: nell’adulto porta a reazioni eccessive ad eventi stressanti o distruttivi di durata variabile, che causano una sofferenza sproporzionata rispetto all’intensità dell’evento stesso e che si può protrarre fino a sei mesi.

Dal punto di vista assistenziale è quindi importante individuare la presenza di una storia traumatica al fine di permettere all’infermiere di comprendere meglio le reazioni del paziente per strutturare in tal modo un percorso di cura adeguato.

---

<sup>3</sup> Il manuale MSD per operatori è una risorsa medica digitale gratuita ed aperta a tutti sviluppata per medici, studenti e professionisti sanitari.

### **1.3 Il disturbo da stress post-traumatico**

Il PTSD è un disturbo invalidante, che si può sviluppare dopo l'esposizione ad un evento traumatico, caratterizzato da pensieri intrusivi, incubi, evitamento persistente, flashback ed alterazioni dell'arousal<sup>4</sup>.

L'esposizione dell'individuo all'evento può avvenire in diversi modi: direttamente, o come testimone, o attraverso racconti di persone vicine e/o ad esposizione ripetuta.

Ma, nonostante ciò, non è detto che si manifesti tale patologia.

Ad oggi sono evidenziate quattro principali forme di PTSD:

1. **PTSD con dissociazione**→ oltre ai classici sintomi del disturbo, sono presenti altri sintomi di dissociazione come depersonalizzazione (distacco dal corpo e dai processi mentali) e derealizzazione (distacco dall'ambiente circostante).

La dissociazione agisce come meccanismo di difesa che permette alla mente di sopravvivere dopo l'evento traumatico;

2. **PTSD a espressione ritardata**→ la sintomatologia, identica al PTSD classico, si manifesta non prima di sei mesi dall'esposizione dell'evento;

3. **PTSD nei bambini**→ i sintomi, in parte comuni al PTSD classico, si differenziano da quelli degli adulti sfociando anche in problemi di condotta e/o disturbo dell'attenzione;

4. **PTSD complesso**→ detto anche C-PTSD, è la forma più complessa del disturbo post-traumatico e si manifesta dopo eventi avversi come abusi di tipo sessuale o psicologico e/o di tipo cronico, ad esempio violenza fisica e/o trascuratezza affettiva.

Perciò, in base a quanto descritto poc'anzi, l'osservazione della sintomatologia dell'evento può essere difficoltosa in quanto la manifestazione dei sintomi può presentarsi in modalità diverse e non sempre evidenti, rendendo quindi fondamentale la capacità di riconoscere tali situazioni, talvolta anche silenziose, da parte del personale sanitario.

---

<sup>4</sup> Per arousal si intende lo stato di attivazione neurofisiologica dell'organismo, che comprende risposte di allerta, vigilanza e reattività degli stimoli ambientali.

### ***1.4 Manifestazioni cliniche del PTSD***

Il PTSD non presenta un quadro statico, bensì un insieme dinamico di risposte psicologiche e neurobiologiche ad un evento percepito come minaccioso dal soggetto che lo ha vissuto, il quale spesso costruisce una corazza silenziosa intorno a sé al fine di proteggersi.

Diventa quindi importante osservare, da parte dell'infermiere, tale dinamicità di situazioni al fine di capire e comprendere il comportamento del soggetto.

Le manifestazioni cliniche si articolano in tre gruppi principali:

- ***Iperarousal*** → iperattivazione

Stato di allerta in cui il sistema nervoso rimane in perenne attivazione, portando il paziente a manifestare irritabilità, insonnia e/o una risposta eccessiva e spropositata alla situazione ambientale circostante.

In tali situazioni, la comunicazione è spesso ostacolata da uno stato di ansia che rende difficile la narrazione.

- ***Evitamento***

È il tentativo di sfuggire a tutto ciò che può richiamare il trauma (pensieri, luoghi, persone...) ed è clinicamente chiamato "silenzio difensivo".

Il paziente non parla dell'evento perché parlarne significherebbe riviverlo.

- ***Numbing*** (dal DSM-5 trad. Ottundimento emotivo)

È una forma di anestesia emotiva che vede il paziente totalmente o in parte incapace di provare e manifestare emozioni (come accade ad Elisabeth, la protagonista dell'opera cinematografica, che vive in un silenzio che non è mancanza di pensiero ma ritiro dal mondo che la circonda).

Questa "triade" assume maggiore rilevanza in quello che è il PTSD post-partum.

Il trauma del parto può generare nella partoriente, un numbing così profondo da silenziare la comunicazione verso i professionisti sanitari e intaccare il legame con il proprio figlio.

## CAPITOLO 2: Il silenzio come risposta al trauma

### 2.1 Il significato del silenzio

Il silenzio in psicologia assume diversi significati: può essere uno strumento di autoriflessione, connessione interiore o tattica relazionale.

A seconda di come viene usato, può acquisire di conseguenza una sfumatura positiva (terapeutica) o negativa (manipolatoria): questo lo possiamo ritrovare in “The Art of Silence and Human Behaviour” dove Theodor Itten<sup>5</sup> affronta il silenzio, non solo come assenza di parola, ma anche come fenomeno umano profondo.

Ogni individuo utilizza il silenzio in modo diverso in base alla propria storia:

1. **Silenzio → spazio interiore:** un luogo dove la persona entra in contatto con sé stessa per elaborare emozioni complesse e riorganizzare i pensieri;
2. **Silenzio → risposta soggettiva:** il silenzio non ha un solo significato poiché per qualcuno può essere una difesa mentre per altri può essere una necessità. Attraverso questo ci si può proteggere da un’esperienza difficile. **(vedi Paragrafo: 2.2 Possibile manifestazione post-traumatica);**
3. **Silenzio → emozioni:** dolore, paura, vergogna, rabbia, ira... il silenzio può aiutare a celarle.
4. **Silenzio → identità personale:** la persona mostra chi è a seconda di come vive il silenzio;
5. **Silenzio → comunicazione non verbale:** pur non parlando, l’individuo comunica attraverso il silenzio (Itten lo definisce come una forma di comunicazione) complessa. **(vedi Paragrafo: 2.3 Comunicazione non verbale e ritiro relazionale);**
6. **Silenzio → necessità:** per la persona è la possibilità di osservare ed eventualmente rivalutare le proprie scelte.

---

<sup>5</sup> Theodor Itten è uno psicoterapeuta UKCP e psicologo clinico MBPS che è stato apprendista dello psicanalista RD Laing (psichiatra con un approccio approfondito alla schizofrenia).

## ***2.2 Possibile manifestazione post-traumatica***

Come evidenziato da Theodor Itten, il silenzio rappresenta per la persona uno spazio interno in cui poter contenere emozioni e vissuti, spesso difficilmente esprimibili.

Sulla stessa linea di pensiero troviamo anche Bessel van der Kolk, uno dei massimi esponenti nella ricerca e nel trattamento dello stress traumatico: egli sottolinea che le esperienze traumatiche possono compromettere i processi neurobiologici legati alla verbalizzazione, rendendo il trauma inesprimibile.

Il silenzio non equivale a non comunicare, ma rappresenta piuttosto una modalità attraverso cui l'individuo tenta di gestire un carico emotivo troppo pesante.

Tale filosofia trova riscontro anche nella classificazione proposta dal DSM-5 all'interno dei disturbi correlati ad eventi traumatici e stressanti, nei quali alcune manifestazioni cliniche possono includere una riduzione o addirittura un'assenza di comunicazione verbale.

Il silenzio può associarsi a meccanismi di evitamento persistente rivolti a ridurre pensieri ed emozioni legate all'evento traumatico, ad alterazioni negative, a modificazione dell'arousal con conseguente chiusura comunicativa.

Questo non rappresenta una diagnosi univoca ma un possibile segnale clinico, a cui l'infermiere deve prestare attenzione e che necessita quindi di essere compreso all'interno di una visione globale del paziente.

## ***2.3 Comunicazione non verbale e ritiro relazionale***

Judith Herman<sup>6</sup>, altro esponente di spicco nello studio della psichiatria legata ai traumi complessi, ha rivoluzionato la comprensione e il trattamento del trauma psicologico rilevando che, nelle persone che hanno vissuto un trauma, la comunicazione verbale può risultare fortemente compromessa, lasciando spazio a delle modalità espressive indirette. Il trauma viene spesso comunicato attraverso l'atteggiamento e la postura del soggetto: sguardo, immobilità, ipervigilanza, rughe, gestualità delle mani e/o apertura o chiusura delle spalle.

---

<sup>6</sup> Judith Herman (1942) è una delle maggiori esperte in materia di abusi e traumi ed è autrice del libro "Trauma and Recovery". Attualmente è docente di psichiatria presso la Harvard Medical School.

Un pensiero simile lo si può trovare anche negli scritti degli anni '40 di Donald Winnicott<sup>7</sup>, seppur con un linguaggio teorico diverso.

Nel pensiero di Winnicott il silenzio e il ritiro relazionale non vengono interpretati solo come esiti di un evento traumatico, ma come una vera e propria difesa del Sé che si attiva quando l'ambiente intorno è percepito come insicuro.

La persona, in assenza di un contesto capace di accogliere e contenere il vissuto emotivo, rinuncia alla comunicazione verbale per proteggere il proprio nucleo.

In ambito clinico, questo silenzio deve essere interpretato come un identificatore diagnostico fondamentale all'interno del PAI (Piano Assistenziale Individualizzato), il quale propone una strategia adattativa di proiezione del sé, lavorando di concerto con il paziente stesso, parte attiva e fondamentale del piano di assistenza.

L'intervento infermieristico non deve avere come scopo la rottura forzata di questo silenzio ma il potenziamento del self-care, ossia la capacità del paziente di mantenere il controllo sulle proprie funzioni quotidiane.

Le forme di comunicazione non verbale diventano i dati clinici primari per monitorare l'efficacia delle cure.

Queste ultime sono basate sulla "presenza esperta" dell'operatore, con l'obiettivo della creazione di un ambiente sicuro che permetta al paziente di preservare la propria integrità psichica mentre riacquista a piccoli passi la propria autonomia per vivere la sua vita.

#### ***2.4 Il ruolo della relazione***

Quello che segue invece è estratto da una delle numerose interviste rilasciate da Eugenio Borgna<sup>8</sup>, psichiatra e primario del reparto psichiatrico dell'Ospedale Maggiore di Novara negli anni '60.

*“Un' ulteriore considerazione mi viene in mente: è un peccato che la formazione dei medici e degli **infermieri** oggi non sia sempre adeguata. Si assumono quelli più risoluti e tecnicamente più preparati, mentre le persone migliori per lavorare, ad esempio, in un*

---

<sup>7</sup> Donal W. Winnicott (1896-1971) è stato un pediatra e psicoanalista britannico.

<sup>8</sup> Eugenio Borgna (1930-2024) è stato uno psichiatra e saggista italiano, sostenitore del lavoro di ascolto terapeutico.

*ospedale psichiatrico sono quelle fragili: un medico che conosce la fragilità non aggredirà mai un paziente e cercherà di comprenderne i problemi.”<sup>9</sup>*

Questa riflessione richiama l’attenzione sul valore della fragilità come dimensione umana e professionale dell’operatore sanitario poiché la relazione di cura non può essere ridotta ad un semplice insieme di procedure o competenze tecniche, ma affonda le sue radici in qualcosa di più profondo.

Se per il paziente il silenzio è un limite o una forma di protezione, anche per l’infermiere il confronto con il silenzio e la fragilità può costituire una sfida professionale e personale.



*Persona (1966) di Ingmar Bergman: Alma assiste Elisabeth in una delle scene finali del film.*

### ***2.5 Rapporto infermiere - paziente***

In questo contesto, il rapporto infermiere e paziente acquisisce un significato che va oltre il mero espletamento di prestazioni tecniche o sanitarie.

Esso rappresenta uno spazio relazionale dove la persona può sentirsi riconosciuta e sostenuta anche quando la comunicazione verbale è compromessa o totalmente assente.

---

<sup>9</sup> Dialogo con un maestro: Eugenio Borga (Novara, 10 agosto 2017), a cura di Teresa Ramunno.

Quando il trauma limita questa possibilità di esprimersi, l'infermiere si trova a gestire una relazione caratterizzata da segnali ambigui, deboli o non verbali, e ciò richiede quindi una particolare sensibilità nel cogliere tali segnali celati dietro sguardi, posture, distanze, immobilità ed evitamento, tutti elementi che diventano degli indicatori clinici che aiutano a capire il vissuto del paziente e a creare un'assistenza funzionale.

L'operatore sanitario è presente in modo costante, discreto e non invasivo: diventa a tutti gli effetti uno strumento terapeutico fondamentale al fine di trasmettere affidabilità e sicurezza al paziente.

Ovviamente tutto ciò non può essere sempre applicato in modo uniforme poiché le reazioni al trauma sono soggettive: per questo motivo il rapporto assistenziale richiede un elevato grado di personalizzazione ed è proprio l'infermiere che viene chiamato a rimodulare continuamente il proprio comportamento relazionale, adattando i tempi, le modalità comunicative e il livello di coinvolgimento in base al singolo individuo e al suo stato emotivo.

Alcuni pazienti tollerano una presenza più attiva mentre altri necessitano di spazi più ampi e di un contatto più graduale per non percepire il tutto come invasivo o minaccioso; proprio per questo l'operatore deve avere la capacità di riconoscere questi bisogni e di adattarsi ad essi.

Il rapporto assistenziale non è un insieme di procedure standardizzate ma un processo dinamico che si costruisce nel tempo attraverso la pianificazione, l'osservazione, l'ascolto e il rispetto dell'unicità della persona.

### ***2.5.1 Il silenzio nel rapporto infermiere - paziente***

Nel rapporto infermiere - paziente, il silenzio non rappresenta per forza un vuoto da colmare ma piuttosto una dimensione clinica che l'infermiere deve saper riconoscere e rispettare.

In riferimento a ciò, un modello assistenziale di rilievo è quello di Hildegard Peplau<sup>10</sup>.

Basato principalmente sul "nursing psicodinamico", esso ha l'obiettivo di rendere il paziente più autonomo nella gestione della sua malattia e dei propri bisogni ed è suddiviso in quattro fasi:

---

<sup>10</sup>Hildegard Peplau è stata un'infermiera statunitense (1909-1999).

1. **Orientamento:** l'infermiere, insieme al paziente e ai suoi familiari, si concentra nella creazione di una relazione e di un ambiente il più confortevole possibile.

Questo avviene attraverso una presenza discreta modulando la propria comunicazione al fine di validare il setting di cura (ad esempio creare una routine prevedibile e un ambiente tranquillo detto safe place<sup>11</sup>);

2. **Identificazione:** il paziente empatizza e coopera con l'operatore al fine di raggiungere una consapevolezza adeguata del suo problema.

L'infermiere non forza la traduzione del trauma ma permette al paziente di proiettare i propri vissuti sull'operatore.

L'obiettivo è permettere al paziente di percepire l'operatore come un "partner" e non come una presenza giudicante;

3. **Sviluppo:** infermiere e paziente progettano e dichiarano gli obiettivi da raggiungere.

Questo permette di oltrepassare la fase passiva della "vittima" fino ad arrivare a quella attiva del "paziente in cura". A tale scopo, si utilizzano strumenti come il diario clinico o la pianificazione di piccoli interventi quotidiani per testare la capacità del paziente in un ambiente predefinito. Tutto ciò fino alla sua dimissione;

4. **Risoluzione:** il paziente collabora con l'infermiere fino allo scioglimento del rapporto.

Questa fase è cruciale per evitare la dipendenza del paziente nei confronti dell'infermiere. Quest'ultimo deve saper gestire il distacco guidando la persona verso il cosiddetto self-care<sup>12</sup>(auto cura) e l'obiettivo è quello di integrare l'esperienza traumatica nell'identità del paziente per evitare che non venga più compromessa la comunicazione e la gestione emotiva.

L'infermiere all'interno della relazione non è solo "colui che fa" ma è anche "colui che sta" nel rapporto di relazione assistenziale. Il ruolo dell'operatore non è fisso ma si adegua a ciò che serve al paziente ed è suddiviso in diversi ruoli:

---

<sup>11</sup> "Safe place" indica un ambiente fisico/virtuale dove una persona si sente protetta, accettata e libera di essere sé stessa, senza giudizio.

<sup>12</sup> "Self-care" o "cura di sé" significa prendersi cura in modo consapevole dei propri bisogni fisici, mentali ed emotivi, attraverso azioni concrete per mantenere e migliorare il proprio benessere generale.

1. **Estraneo:** non forza il dialogo e non invade poiché riconosce il diritto al silenzio come soglia da non superare;
2. **Risorsa e/o sostegno:** L'infermiere è una figura di riferimento che deve saper dare consapevolezza in modo chiaro ed affidabile ad una persona che può sentirsi persa;
3. **Sostituto:** il paziente proietta sull'operatore, le sue paure, la rabbia repressa e la diffidenza per ciò che lo circonda. L'infermiere deve comprendere che spesso il paziente esegue determinate azioni involontariamente;
4. **Consulente:** ruolo centrale per Peplau in ambito psichiatrico, l'infermiere è colui che:
  - ascolta
  - accoglie
  - aiuta a dare un senso all'esperienza
  - non forza la parola nel silenzio
  - resta presente anche quando il trauma sembra superato
  - lavora con il paziente affinché il silenzio possa essere abitato e non evitato.

In questa prospettiva, il silenzio non è un limite per l'assistenza e sta all'infermiere capirlo e gestirlo, aprendo di conseguenza una riflessione sul proprio ruolo all'interno della relazione di cura.

### ***2.5.2 La relazione di cura e l'infermiere***

Secondo Joyce Travelbee<sup>13</sup>, la relazione come gesto di cura nasce quando i termini *infermiere* e *paziente* cessano di esistere e quindi i ruoli stessi vengono superati determinando una relazione *uomo-uomo*.

Il paziente è un soggetto unico, portatore di storie, ricordi, vissuti e sofferenze e, in questo caso, l'infermiere non è chiamato a *far qualcosa* ma a *costruire* una relazione che porterà avanti dai primi incontri fino alla fine del percorso.

---

<sup>13</sup> Joyce Travelbee (1926-1973) è stata un'infermiera psichiatrica, insegnante e scrittrice.

La relazione uomo-uomo è formata da una serie di tappe fondamentali:

1. **Incontro iniziale:** dove nascono le prime impressioni reciproche (ruoli stereotipati);
2. **Identità emergenti:** percezione reciproca dell'infermiere e del malato, coincide con l'inizio del legame relazionale;
3. **Empatia:** scambio di esperienze tra i due individui al fine di sviluppare la capacità dell'infermiere di intuire le potenziali reazioni del paziente ad un determinato evento. Questo è fortemente determinato dal desiderio di comprendere la persona che si ha davanti;
4. **Comprensione:** ci si trova oltre l'empatia e si verifica quando l'operatore desidera liberare il paziente dalla malattia e dalla sofferenza (azione infermieristica d'aiuto);
5. **Rapporto di amicizia:** azioni infermieristiche che danno *solievo* alla persona malata, comunicazione che supera la sfera professionale e sfocia in quella umana e sociale.

Durante lo svolgimento di questo percorso l'infermiere sarà quindi capace di farsi carico dell'altro, dei suoi pensieri, delle sue emozioni, dei suoi traumi, delle sue paure...in sostanza della PERSONA stessa.



*Persona (1966) di Ingmar Bergman: confronto tra Elisabeth ed Alma.*

## **CAPITOLO 3: Persona – un caso simbolico**

### ***3.1 Un film come rappresentazione simbolica***

Il film “Persona” di Ingmar Bergman, esce in Italia nel 1966, ed è un’opera particolare poiché, ad oggi, è uno dei pochi lungometraggi che tratta l’assistenza infermieristica ad una persona affetta da disturbi mentali.

L’opera della durata di 75 minuti descrive, senza alcuna valenza clinica, quello che avviene in seguito ad un trauma complesso e mostra come si instaura e si evolve l’assistenza infermieristica in una donna affetta da mutismo.

L’ambiente è ridotto al minimo: la prima parte si svolge in una clinica psichiatrica (presumibilmente in Svezia), mentre la seconda in una casa al mare circondata da rocce e sporgenze dove le due protagoniste saranno circondate esclusivamente dal suono delle onde del mare.

Il silenzio qui non è un elemento accessorio ma assume diversi significati a seconda di chi lo usa: a volte è difesa, a volte è utilizzato per capire sé stessi, altre volte per analizzare chi si ha davanti. Questo è il fulcro da cui parte la narrazione e l’inizio del perché due ragazze così diverse tra loro iniziano ad interagire.

Conosciamo le protagoniste di quest’opera.

### ***3.2 Elisabeth e Alma***

Il film inizia con una sequenza di immagini apparentemente sconnesse tra loro dove vediamo un bambino avvicinarsi ad uno schermo pieno di luce che mostra l’immagine di una donna, ossia Elisabet Vougler.

Quest’ultima è un’attrice di teatro che durante la rappresentazione dell’Elettra di Sofocle, smette di parlare continuando poi a mantenere questo silenzio nei cinque mesi successivi. La dottoressa che cura Elisabeth confida ad una delle infermiere che lavora nella struttura dove è ricoverata l’attrice, che quest’ultima è fisicamente sana e non ha complicanze neurologiche; il suo malessere è talmente profondo che per il momento non può essere curato in ambito ospedaliero e suggerisce quindi che l’unica scelta giusta sia quella di portarla all’esterno della clinica, nella fattispecie presso la sua casa al mare confidando che possa produrre miglioramenti significativi.

L'infermiera che è incaricata di assistere la paziente si chiama Alma ed è una ragazza particolarmente devota al suo lavoro.

Il suo pensiero dominante, che tornerà spesso durante lo svolgimento del film, è il seguente: *“Io ritengo giusto avere uno scopo, compiere un qualche cosa, convincersi che la vita abbia un senso. Avere qualcosa a cui aggrapparsi in ogni evenienza è necessario, significare qualcosa per gli altri...”*.

La prima parte del film si concentra principalmente sulle due giovani e sulla creazione del loro rapporto.

Alma, con la sua estrosità, prova a creare un rapporto fiduciario con l'attrice, la quale sembra però voler rimanere chiusa nel suo silenzio, limitandosi solo a qualche sguardo o gesto sporadico.

L'infermiera, abituata a svolgere l'assistenza attraverso l'uso della parola, tenta di riempire i vuoti, utilizzando il dialogo ma, davanti a un silenzio intenzionale, il linguaggio verbale perde la sua centralità e la relazione inevitabilmente, si sposta su tutt'altro piano. Prima ancora delle parole, emerge la necessità di avere un ambiente sicuro, ossia una realtà dove Elisabeth è lontana da ciò che la fa soffrire e da occhi indiscreti che potrebbero giudicarla.

Nella seconda parte del film, che si svolge nella casa al mare, Alma, nel tentativo di avvicinarsi alla paziente, in modo involontario crea questo contesto di protezione attraverso la sua presenza costante, ma impacciata, e cerca con tutte le sue forze di farsi accettare dalla persona che ha davanti, la quale continua a non esprimere ciò che prova.

### ***3.3 Ascolto e parola***

Nel rapporto tra Alma ed Elisabeth la comunicazione si sviluppa fin dalle prime scene: l'infermiera ricorre alla parola come principale strumento per approcciarsi e relazionarsi, mentre la paziente mantiene un silenzio costante che esclude qualsiasi possibilità di un confronto verbale diretto.

Alma non ricorre alla parola solo come modalità per gestire l'assistenza, ma anche per gestire il disagio e l'incertezza generati dall'assenza di risposta e di paragone; tenta quindi di colmare questo vuoto comunicativo parlando di sé, della propria vita, delle sue idee, di ciò che gli piace e delle proprie esperienze, con l'intento di instaurare almeno un contatto umano sperando in una possibile apertura.

Tuttavia, in assenza di reciprocità, la parola stessa perde la sua funzione terapeutica e diventa una forma di esposizione personale sempre più intensa.

Elisabeth non partecipa verbalmente ma assume una posizione di ascolto attento e costante dove il suo silenzio non equivale ad indifferenza ma rappresenta una presenza vigile che accoglie i contenuti espressi da Alma senza però restituirli.

Questa relazione crea una tensione crescente dove si vede, da un lato l'infermiera che cerca continue conferme, dall'altro la paziente che mantiene la distanza da un mondo sconosciuto, fino ad impedire la costruzione di un dialogo autentico.

Secondo la teoria di Peplau la comunicazione rappresenta un fondamento per quello che è la relazione terapeutica, attraverso la quale infermiere e paziente collaborano per raggiungere obiettivi di cura condivisi e, nel caso specifico mostrato dal film, tale processo risulta compromesso dalla mancanza di un equilibrio che espone Alma a un coinvolgimento emotivo sempre maggiore.

Con il passare del tempo, la parola di Alma non è più orientata esclusivamente ad Elisabeth ma diventa un mezzo per dare un senso alla propria presenza e per ridurre l'ansia derivante da un silenzio assordante.

La comunicazione come cura muta in un bisogno personale.



*Persona (1966) di Ingmar Bergman: Elisabeth reagisce alla visione di immagini violente in televisione.*

### **3.4 Comunicazione non verbale e relazione di cura**

Nel corso della pellicola, le modalità comunicative non verbali assumono un ruolo centrale.

Elisabeth comunica attraverso gli occhi e il silenzio, ascolta Alma, la osserva e man mano che racconta di sé, la distanza fisica ed emotiva inizia a diminuire.

Alma interpreta questi segnali come attenzioni e per la prima volta, dopo tanto tempo, percepisce di sentirsi importante per qualcuno.

La postura, la distanza, il contatto visivo, le carezze, il modo di respirare e la presenza di entrambe nella stessa stanza, contribuiscono alla creazione della giusta empatia.

Quindi la cura si manifesta anche attraverso la disponibilità, la vicinanza emotiva, il modo e il tono con cui vengono pronunciate certe parole ed elargiti certi sorrisi.

Tutto però cambia nel momento in cui Alma legge una lettera scritta da Elisabeth...e la loro relazione muta.

### **3.5 La lettera**

*“Caro, è così che vorrei  
sempre vivere questo tacere, vivere  
appartato, ridurre i propri  
bisogni, questo sentire come l’anima  
oppressa comincia finalmente a raddrizzarsi  
Alma si prende cura di me, mi  
vizia nel modo più toccante.  
Penso comunque che le piaccia e che sia molto attaccata a me,  
anche un po' innamorata in  
modo inconscio e delizioso.  
A proposito, è molto divertente studiarla  
A volte piange per i peccati commessi [...]  
Si lamenta anche che le sue convinzioni  
sulla vita non corrispondano alle sue azioni.”*

(Traduzione dalla lingua svedese in italiano della lettera scritta da Elisabeth)

La lettera contiene le prime parole pronunciate in assoluto dall'inizio della pellicola, da parte di Elisabeth e lasciano intuire che fino a quel momento lei ha freddamente analizzato la sua caregiver, deridendola per le sue scelte di vita e relegandola ad un semplice oggetto di studio.

Alma invece, ha sempre interpretato il silenzio di Elisabeth come una forma di ascolto e di comprensione, mettendosi a nudo raccontando della sua vita, dal tradimento, all'aborto e fino al matrimonio fallito.

Di conseguenza, lo spettatore in questo momento inizia a percepire che tutto non è ciò che sembra.

L'assistenza è mutabile e complessa e situazioni simili possono verificarsi quando un professionista sanitario si trova di fronte a pazienti che non esprimono apertamente le proprie emozioni: il rischio principale è che l'infermiere proietti sull'assistito aspettative e interpretazioni personali che non sempre corrispondono alla realtà.

Questa dinamica che si viene a creare è più comune di quanto non si pensi e prende il nome di *Prospettiva intersoggettiva*<sup>14</sup> sviluppata da Robert D. Stolorow e George E. Atwood tra la fine degli anni '70 e l'inizio degli anni '80.

Da questo momento in avanti la psicoterapia non è più vista come qualcosa che accade all'interno del singolo paziente, ma piuttosto come qualcosa che nasce dalla relazione tra due soggetti, i quali si influenzano a vicenda.

Se da un lato entrambe partecipano alla costruzione del rapporto e si influenzano reciprocamente, dall'altro Alma appare sempre più coinvolta e vulnerabile all'interno della relazione dove invece Elisabeth si trova su un piano più manipolatorio.

In conclusione, si evince che il rapporto tra paziente e infermiere non è mai alla pari, ma piuttosto viaggia su un piano asimmetrico.

Il paziente è in una condizione di fragilità, l'infermiere in una condizione di responsabilità e guida ma le dinamiche precedentemente illustrate possono portare all'inversione dei ruoli.

---

<sup>14</sup> Prospettiva intersoggettiva descritta da Robert D. Stolorow (psicoanalista e filosofo) e George E. Atwood (psicologo), entrambi noti per i loro lavori sulla teoria dell'intersoggettività nel campo della psicoanalisi.



*Persona (1966) di Ingmar Bergman: Alma legge la lettera di Elisabeth.*

### ***3.6 Riflessioni per la realtà***

In seguito alla scoperta della lettera, Alma si mette in discussione e affronta Elisabeth: in un confronto violento e brutale tra le due protagoniste, viene svelato il vero motivo del silenzio di Elisabeth.

Il suo, non è un vuoto comunicativo, ma è un atto di resistenza ad un trauma che non riesce ad esprimere a parole: la nascita problematica di un figlio.

Nella narrazione emerge come il parto di Elisabeth sia stato un evento estremamente traumatico, durato diverse ore e concluso bruscamente con l'utilizzo del forcipe<sup>15</sup>.

In questo scenario Elisabeth *subisce* e non *vive* il parto e si sente completamente persa: il personale sanitario è solo un contorno, il neonato solo un disturbo, la sua vita un contenitore vuoto.

Il parto è la scintilla che trasforma un evento speciale in un dramma personale che la porterà a odiare suo figlio e a scegliere consapevolmente la via del silenzio.

---

<sup>15</sup> Il forcipe è uno strumento ostetrico in acciaio costituito da due pezzi, simile a una grande pinza, utilizzato per facilitare l'espulsione del feto durante parti difficili, trazionando o ruotando la testa del feto nel canale del parto, in contemporanea con una spinta della madre.

Negli ultimi momenti della pellicola si assiste a quella che sembrerebbe un ritorno alla realtà delle due protagoniste tramite rapidi e confusi fotogrammi che però non lasciano chiaramente intendere se sia realmente avvenuto un processo di cura e guarigione per entrambi.



*Persona (1966) di Ingmar Bergman: Alma ed Elisabeth nel cuore della notte.*

### ***3.7 Ponte tra realtà e finzione***

Come sottolinea la Dr.ssa N. Borg Cunén<sup>16</sup>, il trauma perinatale non solo è originato dall'urgenza medica, ma anche dalla percezione di abbandono e solitudine in cui la donna viene lasciata dopo il parto.

La sfiducia di Elisabeth verso Alma sostanzialmente deriva dalla delusione per un sistema sanitario che l'ha tradita e trascurata nel momento del bisogno e non l'ha supportata nell'affrontare il trauma che ne è scaturito.

Il finale aperto con la sovrapposizione del volto delle due protagoniste, suggerisce che Alma non possieda gli strumenti e la capacità per gestire il silenzio e rischia di diventare

---

<sup>16</sup> N. Borg Cunén è una docente di ostetricia e ricercatrice presso l'università di Malta specializzata nelle esperienze dei genitori con il feto.

a sua volta uno specchio del dolore della paziente (A. Baranowsky<sup>17</sup>, The silencing response in clinical practice: On the road to dialogue).

Quello che si è appena visto è *il costo della cura*.

Conosciuta anche come *compassion fatigue*, secondo l'approccio sviluppato dalla Baranowsky insieme a C. Figley<sup>18</sup> (1995) e identificato per la prima volta dall'infermiera Carla Joinson<sup>19</sup> (1992), questo fenomeno viene descritto come una forma specifica di *burnout* emotivo che potrebbe portare gli operatori sanitari ad essere incapaci di fornire una forma adeguata di assistenza sanitaria verso i pazienti e la causa è dovuta al continuo contatto giornaliero con le storie di sofferenza dei propri assistiti.

La *compassion fatigue* e il *burnout* hanno manifestazioni simili ed entrambe possono insorgere a prescindere dal settore lavorativo; in un articolo di ricerca ad accesso libero pubblicato su Pubmed, si può leggere quanto che segue:

*"While mental health professionals experience similar organizational stressors to other human service workers, the intrinsic characteristics of mental health work constitute further stress factors. Mental health professionals face additional emotional strain by the very nature of their work with distressed individuals, often over extended periods"*.

*"How are compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction affected by quality of working life? Findings from a survey of mental health staff in Italy"* - Gaia Cetrano<sup>20</sup>, 2017 (trad. – "Sebbene i professionisti della salute mentale siano soggetti a fattori di stress organizzativo simili a quelli di altri operatori dei servizi alla persona, le caratteristiche intrinseche del lavoro in ambito di salute mentale costituiscono ulteriori fattori di stress. I professionisti della salute mentale affrontano un ulteriore stress emotivo per la natura stessa del loro lavoro con individui in difficoltà, spesso per periodi prolungati.

"In che modo la qualità della vita lavorativa influenza la fatica da compassione, il *burnout* e la soddisfazione derivante dalla compassione? Risultati di un'indagine condotta tra il personale della salute mentale in Italia.")

---

<sup>17</sup> La dottoressa Anna Baranowsky è una psicologa clinica nota per il suo lavoro nel trattamento del Disturbo Post-Traumatico da Stress.

<sup>18</sup> Charles Figley è un professore della Florida State University e direttore del Traumatology Institute International.

<sup>19</sup> Carla Joinson infermiera e scrittrice con numerose collaborazioni con riviste e periodici.

<sup>20</sup> Gaia Cetrano è un'assistente sociale specialista e dottoressa di ricerca in scienze psicologiche psichiatriche con attuale servizio presso la Middlesex University di Londra.

Le parole della dottoressa Cetrano permettono di ampliare e comprendere meglio la visione che Bergman ha cercato di dare nella pellicola.

L'analisi condotta utilizzando l'opera, fa emergere una realtà spesso poco conosciuta nei contesti assistenziali: per l'operatore l'accettazione e la comprensione del silenzio è una sfida continua, fatta di alti e bassi, empatia, narcisismo, paura e accettazione dei propri limiti.



*Persona (1966) di Ingmar Bergman: Alma dopo la lettura della lettera*

## CAPITOLO 4: Ana - un caso clinico

### 4.1 Presentazione del caso

Nella parte finale di questo elaborato, viene presentato un caso clinico reale che riguarda una paziente che chiameremo Ana, nome di fantasia, la quale vive un trauma a seguito di un parto complicato.

Il caso clinico in oggetto è tratto dall'articolo "*TREATING CHILDBIRTH TRAUMA WITH EMDR - A CASE REPORT*" di Merima Pašaliü<sup>21</sup> & Mevludin Hasanovic<sup>22</sup> (2018). Ana è una ragazza di 31 anni la quale vive in Bosnia assieme al suo compagno ed è circondata dall'affetto della sua famiglia.

Ana resta incinta del suo primo figlio, ma intorno all'ottavo mese di gravidanza iniziano a manifestarsi alcune complicanze, tra cui dolore al basso addome e sanguinamento prolungato, che la costringono a recarsi in ospedale.

Da qui le viene imposto il ricovero e in seguito a degli esami di laboratorio le viene riscontrata la sindrome HELLP<sup>23</sup> che rende necessario un cesareo d'urgenza.

A causa dei disagi psicologici causati da tale evento, la paziente inizia consapevolmente un percorso psicoterapia con un professionista.

Durante il percorso psicoterapico emerge che nel momento del parto e nelle ore successive Ana non riceve il giusto feedback da medici e infermieri, i quali come da protocollo, danno priorità alla salvaguardia del neonato tralasciando di conseguenza i bisogni della madre, ossia ascolto attivo, rassicurazioni e sostegno.

Durante i tre mesi successivi, Ana non riesce a vivere serenamente la gioia della maternità e semplicemente guardando suo figlio, rivive continuamente l'evento traumatico.

Fin dal momento della presa in carico, lo psichiatra rileva immediatamente che la paziente manifesta i sintomi tipici del PTSD post-partum (*ved. Paragrafo: 1.4 Manifestazioni cliniche del PTSD*): iperarousal, numbing profondo, evitamento persistente e alterazione della parola nei dialoghi legati all'evento.

---

<sup>21</sup>Merima Pašaliü è una ricercatrice JU Treüa gimnazija, Sarajevo, Bosnia and Herzegovina

<sup>22</sup> Mevludin Hasanovic è un professore universitario e psichiatra.  
Department of Psychiatry University Clinical Center Tuzla, Tuzla, Bosnia e Herzegovina 3 School of Medicine University of Tuzla, Tuzla, Bosnia and Herzegovina

<sup>23</sup> Grave complicanza ostetrica che solitamente insorge nel terzo trimestre o post-partum. Richiede diagnosi immediata per salvare madre e feto.

Dopo aver svolto sette sessioni, lo psichiatra definisce con precisione i progressi fatti dalla paziente tramite la metodica *EMDR* la quale descrive la terapia che ha portato la paziente alla guarigione.

#### **4.2 Analisi dei bisogni e sintomi**

- **Sintomi**→ depressione, infelicità, incapacità di provare gioia per la maternità, rabbia verso sé stessa, incubi, flashback ricorrenti dell'ospedale, iperattività verso il figlio, pensieri negativi, dissociazione, difficoltà relazionali, dolore al petto e tremore.
- **Bisogni**→ supporto, sicurezza, protezione, capacità di elaborazione del trauma, accettazione del figlio, autonomia e ritorno alla normalità.

##### **4.2.1 Analisi infermieristica dei bisogni**

Per effettuare un'analisi delle reali necessità di un paziente, occorre capire e comprenderne i bisogni non soddisfatti.

A tale scopo si ricorre all'utilizzo dei *modelli funzionali*<sup>24</sup> stilati da Marjory Gordon<sup>25</sup>: essi consentono una raccolta dati molto dettagliata che permette di comprendere quanto il trauma abbia alterato l'equilibrio di un potenziale paziente, indirizzando di conseguenza l'infermiere verso un intervento più mirato.

Per completezza di informazione si specifica che nel case report in oggetto, non vi è indicazione chiara di tale raccolta dati ma, poiché è uno strumento validato e standardizzato a livello internazionale, è presumibile che tale raccolta dati sia stata effettuata.

I modelli stilati da M. Gordon sono undici e vengono di seguito riportati per completezza di informazione:

1. **Percezione-gestione della salute**→ Descrive la percezione che l'assistito ha rispetto la sua salute, del benessere e di come vengono gestiti e mantenuti.

---

<sup>24</sup> Con modello si intende un insieme di comportamenti, più o meno consapevoli, che tendono a ripetersi in un tempo prolungato.

<sup>25</sup> Marjory Gordon (1931-2015) è stata un'infermiera, docente e scrittrice americana conosciuta per aver sviluppato gli 11 modelli funzionali di salute.

2. **Nutrizionale-metabolico**→ Descrive il comportamento alimentare (liquidi e solidi) relativo agli indicatori del fabbisogno metabolico.
3. **Eliminazione**→ Descrive le caratteristiche della funzione escretoria (intestino, vescica, ecc..) Include ciò che l'assistito percepisce come «normale».
4. **Attività-esercizio fisico**→ Descrive le caratteristiche dell'esercizio fisico e delle attività di svago e di vita quotidiana. Può includere la funzionalità cardiocircolatoria, respiratoria e la mobilità.
5. **Sonno-riposo**→ Descrive le caratteristiche del sonno e del riposo.
6. **Cognitivo-percettivo**→ Descrive le caratteristiche sensoriali-percettive e cognitive della persona.
7. **Concetto di sé-percezione di sé**→ Descrive le caratteristiche sensoriali-percettive e cognitive della persona.
8. **Ruolo-relazione**→ Descrive le funzioni del ruolo dell'assistito, nella coppia, in famiglia, nella società e le relazioni interpersonali.
9. **Sessualità-riproduzione**→ Descrive atteggiamento e percezioni che la persona ha in relazione alla sessualità ed alla funzione riproduttiva, inclusi disturbi e problemi.
10. **Coping-tolleranza allo stress**→ Descrive i meccanismi generali di adattamento e la loro efficacia in termini di tolleranza dello stress.
11. **Valori-convinzioni**→ Descrive le convinzioni ed i valori spirituali che possono orientare le scelte e le decisioni dell'assistito.

Dall'analisi del testo emerge che, riguardo ad Ana, risultano compromessi cinque modelli:

➤ 5: Sonno - Riposo

Il cervello di Ana rimane in un perenne stato di allerta che le impedisce il riposo necessario finalizzato allo svolgimento delle attività quotidiane.

➤ 6: Cognitivo - Percettivo

Ana soffre di flashback costanti: immagini dell'ospedale, del bambino che trema e degli operatori che trascurano le sue richieste, il tutto accompagnato da pensieri negativi costanti.

➤ 7: Concetto di Sé - Percezione di Sé

Ana ha un'immagine di sé completamente negativa, si percepisce costantemente inadatta, impotente e sbagliata.

➤ 8: Ruolo - Relazioni

Il legame tra Ana e il figlio è fortemente compromesso e ha innalzato tra i due un muro di apatia e trascuratezza emotiva.

➤ 10: Coping - Tolleranza allo stress

Ana non riesce ad elaborare l'evento traumatico quindi il nervosismo è l'emozione dominante.

### ***4.3 Gestione del trauma e intervento EMDR***

Per far fronte ai sintomi più debilitanti di Ana, ovvero flashback dell'evento e blocco comunicativo, viene deciso di integrare nel piano di cura un trattamento con EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing).

L'EMDR (strumento terapeutico basato sulla metodologia evidence-based: tale metodo integra le migliori prove scientifiche derivanti da ricerche rigorose al fine di prendere decisioni consapevoli e personalizzate ed è utilizzato principalmente in medicina, educazione e psicologia, ed è mirato a garantire efficacia e sicurezza) viene utilizzato per trattare il trauma e i disturbi ad esso collegati come ansia e fobie e più in generale nel trattamento del PTSD.

Attraverso movimenti oculari, stimoli tattili e stimoli uditivi alternati, si sfrutta la stimolazione bilaterale del cervello: tutto ciò permette di rielaborare i ricordi traumatici *congelati* e *disturbanti*, aiutando il cervello ad integrarli tramite il meccanismo del *sistema di elaborazione adattativa dell'informazione*.

In generale, il nostro cervello è suddiviso nel seguente modo:

***Emisfero destro*** → gestisce immagini ed emozioni;

***Emisfero sinistro*** → gestisce il linguaggio e la logica.

Nel percorso di terapia di Ana, la stimolazione ha lavorato per favorire la comunicazione tra i due emisferi, guidandola nella rielaborazione e nell'integrazione dei momenti più critici dell'evento traumatico.

#### **4.4 Il ruolo dell'infermiere**

Nella lettura del case report sono emerse diverse criticità imputabili all'infermiere nella gestione clinica del caso di Ana, che hanno trasformato l'assistenza stessa in *assistenza disfunzionale*, rendendola di fatto un fattore stressogeno.

Di seguito si elencano quali potrebbero essere state le criticità legate al personale infermieristico emerse nel caso in oggetto:

➤ **Una figura fantasma:** all'interno del case report la figura dell'infermiere è poco rilevante e l'aspetto assistenziale e relazionale viene messo in secondo piano rispetto a quello diagnostico.

➤ **L'infermiere "trigger":** le poche volte che si cita la figura dell'infermiere, viene spesso associato a qualcosa di negativo: prima a una carenza di supporto empatico e poi a un errore nella gestione della procedura di dimissione.

Nelle immagini che perseguitano Ana ci sono situazioni inerenti queste situazioni.

➤ **Ruolo-Relazione:** facendo riferimento al modello di Gordon, il comportamento degli operatori sanitari ha aggravato la sintomatologia di Ana, alimentando il suo senso di colpa dato che nessuno di essi le ha mai rivolto parole rassicuranti o di conforto.

#### **4.5 Interventi possibili**

La figura dell'infermiere, nell'ambito di simili percorsi, prevede l'applicazione di metodiche specifiche, opera attraverso una presenza costante (*presenza terapeutica*) e lavora per fare in modo che il paziente raggiunga la cosiddetta stabilità emotiva.

All'interno del case report in oggetto, non sono riportate le metodiche messe in atto dal protocollo autorizzato e quindi, per completezza di informazione, si riportano di seguito alcuni esempi che in contesti simili, possono essere applicati ai singoli pazienti.

➤ "Finestra di tolleranza" (Daniel Siegel<sup>26</sup>, 1999): l'infermiere deve monitorare quotidianamente i livelli di attivazione del paziente segnalando quando costui esce dalla sua *finestra di tolleranza*, ossia quella zona ottimale di attivazione del sistema nervoso in cui la persona riesce a gestire ed elaborare correttamente emozioni, pensieri e reazioni fisiche.

---

<sup>26</sup> D. Siegel è uno psichiatra, neuroscienziato, educatore e scrittore di libri sullo sviluppo infantile, genitorialità e neuroscienze.

In particolare, nei momenti di iperarousal e di numbing, deve esservi posta un'attenzione maggiore a sintomi quali tachicardia, respiro corto ed agitazione con conseguente intervento al fine di ripristinare la condizione iniziale di tolleranza.

➤ Tecniche di Grounding (Alexander Lowen<sup>27</sup>): per la gestione ottimale dei flashback legati all'evento traumatico (in questo caso il parto), l'infermiere ha il compito di insegnare tecniche apposite per riportare l'attenzione del paziente al momento presente, e quindi nel piano di realtà, utilizzando ad esempio la tecnica del "5-4-3-2-1".

➤ Usata spesso negli attacchi di panico, si attua attraverso i sensi e consta di 5 fasi:

- Osservare 5 cose che ci circondano;
- Toccare 4 oggetti;
- Ascoltare 3 suoni;
- Annusare 2 profumi;
- Assaporare 1 cosa

➤ Supporto educativo e bonding<sup>28</sup>: nel caso di Ana, la figura dell'infermiere diventa un *mediatore* tra mamma e neonato, prende in esame il PTSD post-partum, dà supporto e spiega che ciò che sta accadendo non è dovuto direttamente alla sua persona.

Sempre seguendo lo stesso esempio, si possono creare ambienti protetti dove viene data la possibilità di compiere piccole interazioni dirette madre - figlio (*skin-to-skin*): infatti, come ha dimostrato René Spitz<sup>29</sup> ("Hospitalism: An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood", 1945), il contatto emotivo e il legame di attaccamento (bonding) sono fondamentali per la sopravvivenza e il benessere psico-fisico del neonato, tanto quanto la cura dell'igiene e la nutrizione dello stesso.

---

<sup>27</sup> A. Lower (1910-2008) psichiatra e psicoterapeuta e maggior esponente della terapia bioenergetica.

<sup>28</sup> In psicologia il bonding indica il legame affettivo, fisico ed emotivo che si instaura tra genitori e neonato. Spesso ha inizio durante la gravidanza.

<sup>29</sup> René Spitz è stato uno psicoanalista austriaco che concentrò i suoi studi sull'interazione madre-bambino e sugli effetti della deprivazione affettiva nello sviluppo infantile.

➤ Tecniche respiratorie: spesso in questi contesti si possono insegnare o applicare a livello infermieristico delle tecniche di respirazione controllata al fine di attivare il sistema nervoso parasimpatico e ridurre di conseguenza i livelli di cortisolo prodotto dalle ghiandole surrenali (ormone dello stress); di seguito se ne riportano alcune:

- Respirazione diaframmatica;
- Tecnica 4-7-3 (inspirare per 4 secondi, trattenere il respiro per 7 ed espirare lentamente con la bocca per 8);
- Respirazione allungata.

Questi interventi, praticati in un ambiente controllato e privo di fattori stressogeni, concorrono a ristabilire lo stato di calma precedentemente compromesso da situazioni di forte stress emotivo e vengono gestiti dall'infermiere stesso, il quale è una figura professionale preparata, consapevole e con una forte centratura psichica, che riesce in questo modo ad entrare in sintonia totale con il paziente.



*Persona (1966) di Ingmar Bergman: Alma insieme alla sua paziente Elisabeth*

## RISULTATI

Integrando la revisione della letteratura scientifica, l'analisi fenomenologica, lo studio del caso clinico e l'opera cinematografica di Bergman, si sono ottenuti i seguenti risultati:

➤ **Manifestazione clinica del trauma:**

L'analisi conferma che il silenzio nel PTSD post-partum non è un'assenza di pensiero ma una barriera difensiva necessariamente creata dalla paziente.

I dati mostrano che vivere l'esperienza di un trauma legato al parto si può tradurre in un *mutismo selettivo* o in un *ottundimento emotivo* (numbing), ove il silenzio è utile a proteggere la paziente dalla frammentazione del Sé e dalle sofferenze non ancora elaborate dalla mente.

➤ **Dinamica relazione infermiere-paziente:**

Il film *Persona* mostra, in particolare, alcune dinamiche che potrebbero instaurarsi tra due soggetti, in questo caso le protagoniste del film, fornendo una visione esaustiva riguardo il potenziale rischio per la psiche nota come *prospettiva intersoggettiva* di assistenza.

L'empatia (o l'immedesimazione) è uno strumento molto potente a disposizione dell'infermiere ma, se gestito non correttamente, può portare verso la *compassion fatigue*.

A quest'ultima, come si è visto, sono soggetti principalmente gli infermieri che lavorano nell'ambito della salute mentale.

Il silenzio del paziente può mettere a nudo l'identità dell'operatore stesso e perciò la sua gestione, richiede una maturità emotiva specifica che va acquisita con l'esperienza continuativa.

➤ **Interventi assistenziali e terapeutici:**

Il caso clinico di Ana ha evidenziato come l'assistenza infermieristica, se gestita in modo errato, non sempre incide positivamente nei soggetti traumatizzati e allo stesso tempo fa intuire che in presenza di una casistica complessa, sia necessario un approccio multidisciplinare tra le diverse figure sanitarie coinvolte, affinché vengano commessi meno errori possibili onde evitare ulteriori traumi in storie già di per sé molto complesse e delicate.

➤ **Medical Humanities:**

L'utilizzo del cinema come strumento di riflessione in ambito infermieristico può potenziare la capacità di osservazione e di ascolto da parte chi guarda.

Le dinamiche presentate nella pellicola consentono di decodificare il silenzio nel PTSD mostrandolo non più come una semplice assenza di parola, ma piuttosto come una condizione preta di tormento interiore.

Tutto ciò, unito alla letteratura clinica, permette di avere una visione a 360° del paziente in cura e fa capire l'importanza profonda del *non detto*, permettendo di sviluppare nell'infermiere la capacità di saper ascoltare i silenzi senza emettere alcun giudizio.

## DISCUSSIONE

➤ **La forza dell'immagine**, per capire il trauma senza dover usare le parole: è questo che è emerso in *Persona*.

Le inquadrature in primo piano dense di silenzi prolungati permettono di vedere il PTSD in maniera diretta e comprensibile e in tal modo, questa patologia viene sviscerata e resa comprensibile anche a chi non ha basi di psichiatria

L'infermiere deve essere come il regista, gestire i silenzi, ascoltare e saper leggere ogni minima espressione o ruga del viso.

➤ **Il silenzio come specchio**: il film mette in evidenza uno dei rischi maggiori a cui ogni operatore può essere soggetto, il cosiddetto *contagio emotivo*. Come accade ad Alma, il silenzio e il dolore dell'assistito possono diventare uno specchio per l'infermiere e possono generare ansia e confusione in esso, portandolo al rischio di perdersi in tale dolore.

➤ **Metodica EMDR**: dopo l'osservazione si deve passare all'intervento, ed il caso di Ana offre spunti interessanti dimostrando che il PTSD post-partum può essere superato lavorando sull'elaborazione del trauma stesso.

L'EMDR non cancella il ricordo, lo rende *neutro* e non più *invalidante* per il soggetto, lavora a livello cerebrale e dimostra che il silenzio traumatico ha una base neurologica significativa.

L'infermiere, in questa circostanza, deve collaborare in equipe con le altre figure sanitarie aiutando il paziente a dare voce al proprio dolore, trasformandolo da ricordo tormentato a esperienza integrante del proprio Sé.

➤ **Medical Humanities come competenza specifica**: l'analisi della pellicola cinematografica, permette la comprensione di un tema così complesso e, ancora di più, focalizza l'interesse sulla figura dell'infermiere capace di poter comprendere la *Persona* nella sua integrità.

Il cinema aiuta a sviluppare quella capacità necessaria a comprendere i piccoli gesti e tradurli in sintomi e il tutto porta alla formulazione di una corretta diagnosi.

Nello specifico segue ora la *cornice concettuale* dove la parte *artistica* si unisce con quella *clinica*.

### APPROCCIO MULTIDIMENSIONALE:

#### VEDERE:

- Inquadratura cinematografica come strumento per decodificare il corpo e volto del trauma.
- Obiettivo: riconosce quello che è invisibile.

#### SENTIRE:

- Ascolto attivo ed empatia come strumento per accogliere le emozioni del paziente.
- Obiettivo: stabilire e proteggere la relazione con il paziente.

#### AGIRE:

- Integrazione di modelli assistenziali e tecniche (EMDR) per trasformare il mutismo in parola.
- Obiettivo: rielaborare il trauma.

#### CAPIRE:

- Medical Humanities come base per un'assistenza olistica centrata sui concetti di Persona.
- Obiettivo: umanizzare la cura.

## CONCLUSIONI

L'obiettivo di questa tesi non era solo quello di analizzare una patologia, ma di indagare e comprendere in maniera più ampia il confine sottile ove la parola si arresta a causa di un trauma e lascia spazio ad un silenzio assordante.

Attraverso la fusione tra l'arte cinematografica e la pratica clinica, emerge con chiarezza che il silenzio nel PTSD non è un vuoto comunicativo, ma un insieme di parole inespresse.

Il percorso ormai concluso permette di trarre tre conclusioni fondamentali:

- **Silenzio come dato clinico:** il silenzio deve essere considerato a tutti gli effetti un *parametro vitale* della psiche e saperlo inquadrare, al pari di un regista cinematografico, permette all'infermiere di intercettare precocemente il disagio interiore prima che esso diventi cronico.

Se il corpo accusa il colpo, l'anima lo custodisce nel mutismo e l'infermiere è il primo professionista chiamato a leggere e tradurre questo sintomo.

- **La presenza consapevole:** il confronto tra la finzione di Persona e la realtà di Ana, insegna che la cura non è solo *saper fare* ma anche *saper essere*.

La tecnica è lo strumento e la relazione terapeutica è la mano che lo impugna ma, senza una solida tenuta emotiva, l'operatore rischia di perdersi nel silenzio dell'altra persona.

- **L'umanizzazione:** citando ancora una volta Eugenio Borgna, oggi si tende a privilegiare il tecnicismo clinico mentre, in questo lavoro, si è cercato di restituire centralità all'ascolto del silenzio e all'umanizzazione della cura, l'unica via autentica per incontrare davvero la Persona.

L'infermiere ha le capacità di tradurre il mutismo del trauma in una nuova narrazione assistenziale e non si limita ad assistere un corpo ma diventa l'interprete di un silenzio che attende di essere ascoltato, trasformando l'incomunicabilità del PTSD in un primo passo per la rielaborazione del Sé.

In definitiva, se il trauma è un *sogno disperato* che intrappola una madre in un perenne *tormento solitario*, è proprio l'infermiere che ha il compito di spezzare questa sofferenza mettendo in campo la sua umanità e le sue capacità tecniche: curare non è solo abilità pratica...prima di tutto è ascolto e osservazione!

L'infermiere deve saper guardare oltre la maschera del silenzio per restituire al paziente la dignità della propria *Persona*.

*persóna* s. f. [lat. *persōna*, voce di origine prob. etrusca, che significava propr.  
«*maschera teatrale*»

(Definizione dal vocabolario Treccani)

## TABELLA ESTRAZIONE DATI

<i>Articolo</i>	<i>Autore / Rivista / Anno</i>	<i>Tipologia di studio</i>	<i>Obiettivo dello studio</i>	<i>Risultati principali</i>
<i>The Silencing Response in Clinical Practice</i>	Baranowsky, A. B.Psychotherapy in Private Practice 2002	Studio Clinico / Capitolo	Analizzare la reazione degli operatori al trauma dei pazienti.	Gli operatori possono "silenziare" involontariamente il paziente per proteggersi dal dolore vicario.
<i>A systematic review of midwife-led interventions to reduce postpartum PTSD</i>	Borg Cunen, N. et al.Journal of Reproductive and Infant Psychology 2014	Revisione Sistemica	Valutare l'efficacia degli interventi condotti dalle ostetriche.	L'identificazione precoce e il supporto relazionale sono cruciali per prevenire la cronicità del trauma.
<i>"They can hear the silence": Nursing practices in communication</i>	Bourque, J.Canadian Journal of Nursing Research 2018	Studio Qualitativo	Esplorare come gli infermieri percepiscono e usano il silenzio.	Il silenzio è percepito come uno strumento di ascolto profondo che valida l'esperienza del paziente.

<i>When silence said everything</i>	Carter, A. Journal of Trauma & Dissociation 2021	Case Study / Riflessione	Analizzare il significato del silenzio nel trauma complesso.	Il silenzio comunica ciò che le parole non possono esprimere e va rispettato
<i>The influence of the healthcare team on the trauma experience</i>	De Schepper, S. et al. Journal of Advanced Nursing 2016	Studio Descrittivo	Indagare l'impatto del comportamento degli operatori sul trauma.	La qualità della presenza e della comunicazione (anche non verbale) influenza la guarigione post-traumatica.
<i>Nursing Interventions for PTSD: A Literature Review</i>	Kukkonen, K. & Sharifullin, M. Laurea University of Applied Sciences 2017	Revisione della Letteratura	Identificare interventi infermieristici pratici per il PTSD.	L'ascolto attivo e la creazione di un ambiente sicuro sono i pilastri dell'assistenza infermieristica.
<i>Silence and communication: The non-verbal dialogue</i>	Leira, T. G. Scandinavian Psychoanalytic Review 1995	Studio Teorico	Esplorare il silenzio come forma di dialogo attivo.	Il silenzio non è una lacuna, ma una forma di comunicazione terapeutica che permette l'incontro clinico.

<p><i>The dangerous role of silence in trauma</i></p>	<p>Phillips, J. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2015</p>	<p>Revisione Critica</p>	<p>Analizzare i rischi del silenzio non gestito nel trauma.</p>	<p>Il silenzio può essere protettivo o dannoso; l'infermiere deve saperne interpretare il valore terapeutico.</p>
<p><i>Treating childbirth trauma with EMDR - A case report</i></p>	<p>Pašalić, M. &amp; Hasanović, M. / Psychiatria Danubina 2018</p>	<p>Case Report</p>	<p>Descrivere il trattamento di un trauma post- partum tramite EMDR.</p>	<p>L'EMDR si è dimostrato efficace nel ridurre i sintomi del PTSD post- partum, favorendo la rielaborazione dell'evento traumatico.</p>

*Tabella estrazione dati articoli selezionati*

## BIBLIOGRAFIA

- Baranowsky, A. B. (2002). *The Silencing Response in Clinical Practice*. *Psychotherapy in Private Practice*, 20(2), 1-10.
- Benini, S., & Magenti, N. (2021). *Quando l'assistenza «nutre» e quando «svuota». L'esperienza di cura raccontata da un gruppo di infermieri*. In V. Ferro Allodola (a cura di), *Medical Humanities & Medicina Narrativa* (pp. 109-132). Roma: Aracne Editrice.
- Bergman, I. (1966). *Persona* [Film]. Svensk Filmindustri.
- Borg Cunen, N., McNeill, J., & Murray, K. (2014). *A systematic review of midwife-led interventions to address postpartum post-traumatic stress*. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(1), 61-74.
- Bourque, J. (2018). *"They can hear the silence": Nursing practices in communication*. *Canadian Journal of Nursing Research*, 50(2), 103-112.
- Carter, A. (2021). *When Silence Said Everything: Reconceptualizing Trauma through Critical Disability Studies*. *Lateral*, 10(1). *Journal of Trauma & Dissociation*.
- De Schepper, S., Vercauteren, J., Tency, I., Haerens, E., & Beekman, D. (2016). *The influence of the healthcare team on the trauma experience*. *Journal of Advanced Nursing*, 72(11), 2744-2757.
- DSM-5 (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. (Ed. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano: Raffaello Cortina).
- Figley, C. R. (2013). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Routledge.
- Fisher, S., Blau, A., & Gendler, Y. (2025). *The Silent Struggle: An Integrative Review of PTSD Symptoms in Second Victim Experiences Among Nurses*. [Articolo in corso di pubblicazione/stampa].
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence-From Domestic Abuse to Political Terror*. New York: Basic Books.

- Kukkonen, K., & Sharifullin, M. (2017). *Nursing interventions for PTSD: A narrative literature review*. Vantaa: Laurea University of Applied Sciences.
- Leira, T. (1995). *Silence and communication: nonverbal dialogue and therapeutic action*. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 18(1), 41-65.
- Lotfi, M., Zamanazadeh, V., Valizadeh, L., & Khajehgoodari, M. (2019). *Assessment of nurse-patient communication and patient satisfaction from nursing care*. *Nursing Open*, 6(3), 1189-1196.
- Madeddu, F. (a cura di) (2020). *Psichiatria Psicodinamica. Quinta edizione basata sul DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2012). *Il trauma e il corpo. Un approccio sensomotorio alla psicoterapia*. Sassari: Istituto di Scienze Cognitive Editore. (Ed. orig. 2006, W.W. Norton & Company).
- Ogden, P., & Fisher, J. (2016). *Psicoterapia sensomotoria. Interventi per il trauma e l'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Pašalić, M., & Hasanović, M. (2018). *Treating Childbirth Trauma with EMDR - A Case Report*. *Psychiatria Danubina*, 30(Suppl. 5), 265-270.
- Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal relations in nursing*. New York: G.P. Putnam's Sons.
- Phillips, S. B. (2015). *The dangerous role of silence in trauma*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(7).
- Porges, S. W. (2011). *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotion, Attachment, Communication, and Self-regulation*. New York: W.W. Norton & Company.
- Reynolds, J. L. (1997). *Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth*. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 15(2), 93-115.
- Rogers, C. R. (1995). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin Harcourt.
- Sánchez-Flores, M. F., et al. (2023). *Conversion Disorder With Mutism as the Presenting Symptom*. *Cureus*, 15(5), e38851.
- Siegel, D. J. (2021). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale* (3ª ed.). Milano: Raffaello Cortina Editore. (Ed. orig. 1999).

- Spitz, R. (1945). *Hospitalism: An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood*. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 53-74.
- Van der Kolk, B. (2015). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind and Body in the Healing of Trauma*. New York: Viking. (Ed. it. *Il corpo accusa il colpo*, Milano: Raffaello Cortina).
- Watson, J. (1999). *Nursing: Human science and human care: A theory of nursing*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.

*“Evitare la sofferenza è una sofferenza. Negare un fallimento è di per sé un fallimento.  
Nascondere la vergogna, è una forma di vergogna”.*

Marracash, Il cuore (**PERSONA**, 2019)

---