

Intorno al trauma

Antonio Buonanno

Spesso il male di vivere ho incontrato:
 era il rivo strozzato che gorgoglia,
 era l'incartocciarsi della foglia
 riarsa, era il cavallo stramazza-
 to.
 Bene non seppi, fuori del prodigio
 che schiude la divina Indifferenza:
 era la statua nella sonnolenza
 del meriggio, e la nuvola, e il falco alto levato.

(E. Montale, Ossi di seppia)

In questa breve riflessione presenterò una vignetta clinica relativa ad una terapia che mi ha spinto a riflettere sul **trauma**, sulla sua natura intrapsichica e relazionale, sulle sue tragiche conseguenze e su come si presenti o non nel rapporto analitico.

A colpirmi è stata anche una sensazione quasi fisica per cui la relazione con M, la protagonista del frammento clinico, e addirittura la stessa stanza d'analisi sembrano spesso occupate e pressoché completamente condizionate dall'esperienza lacerante del trauma, che forse fino a quando non ha accesso al **simbolico** resta come **corpo estraneo** nella psiche e nell'anima, oggetto opaco e freddo alla significazione e nel rapporto. In particolare la storia di M ed un suo sogno, oltre che richiamarmi alla mente le formulazioni freudiane, m'hanno avvicinato alle teorie sul trauma di Winnicott e Ferenczi, a concetti che credo m'abbiano permesso di comprendere in profondità il senso di uno dei tanti biglietti (canzoni, poesie o riflessioni pensate da lei, trovate su internet o ricopiate da libri) che mi aveva consegnato in uno dei nostri incontri. E' un brano di Alice Miller (di cui la paziente certamente ignora i complicati rapporti con la psicoanalisi ma con cui lei forse significativamente, per quanto inconsapevolmente, ha fatto sì che mi rapportassi, proprio come per chiedere uno sforzo di comprensione ulteriore, non convenzionale e, in un certo senso, paradossale): *“Tutta la visione della realtà cambia a seconda delle esperienze infantili. E' indispensabile che chi ha subito delle violenze ne affronti il ricordo. L'odio traslato sugli innocenti nasce dalla menzogna, dal **diniogo** delle sofferenze patite nel proprio passato. E' un vincolarsi all'autoinganno, un **vicolo cieco**.”*

Seguivo M da quasi 2 anni fa: lei, nata in un paesino di 5000 anime in Lucania, aveva poco più di 30 anni al momento del nostro incontro ma pareva mostrarne meno. Minuta e gentile d'aspetto, però con tratti anche spigolosi e duri, sembrava timida di primo impatto, i suoi occhi sfuggivano i miei e tuttavia erano a volte come improvvisamente percorsi da lampi di malizia. Le ero stato indicato da un anziano professore di psichiatria (a me caro) che, dopo 1-2 colloqui con lei, pensò a me per una possibile psicoterapia. Me la descrisse come una giovane donna sofferente che l'aveva molto colpito e con cui, anche in nome di radici comuni, a suo parere avrei potuto fare un buon lavoro per aiutarla ad essere più serena e vitale. In effetti le sue origini non sono geograficamente e anagraficamente distanti dalle mie. Ebbi la sensazione di avere a che fare con una donna-bambina, femminile ma pure con aspetti emotivi e comportamentali decisi, quasi virili, forte e enormemente fragile, assai provata, come se nonostante i suoi pochi chili e centimetri avesse sulle spalle (quasi sempre curve) un fardello gravoso. Eppure era vivace: mi sembrava un uccellino ferito che coraggiosamente vuol ancora provare a volare. Lamentava uno stato di costante **ansia**, quasi di allarme, con non rare esplosioni di rabbia, sul lavoro e in famiglia. Fa l'infermiera, dice per caso e con scarsa passione (se non nei confronti di qualche paziente cui s'affeziona), e fatica a coltivare altri interessi che rimangono sogni fugaci (avrebbe voluto ballare ma non ci sono mai stati i soldi per le lezioni, oggi ogni tanto scrive). Nel corso delle sedute scoprirò che a

farla soffrire è però soprattutto la vita affettiva, dove non è mai riuscita a raggiungere una piena fiducia e intimità, esprimendo un bisogno di **dipendenza**. Spesso reagisce allo stress ed alle delusioni vomitando e occasionalmente manifesta blocchi e paralisi isteriche. Quello con me è il suo quarto tentativo di terapia: riconosce che s'è aggrappata a queste relazioni come ad un'ancora ma senza aver registrato significativi cambiamenti. L'ultima relazione in particolare l'ha lacerata: s'è innamorata del suo terapeuta, mi dice, ma essendo lui sposato e avendo lei deciso già di trasferirsi per venire a Roma, hanno smesso di vedersi. Sembra che già al secondo incontro tra loro, alla sua richiesta disperata di aiuto, presentata con modalità probabilmente seduttive, lo psicoterapeuta abbia risposto con gesti di sensualità fisica, in una reale confusione di lingue e di bisogni. Nei pochi accenni che fa a questa vicenda sembra quasi inconsapevole della gravità del comportamento ambiguo e colpevole di questi (protrattosi anche nei successivi incontri), nei cui confronti anzi manifesta ancora grande stima e affetto, venati da sensi di colpa. Sembra davvero vittima dell'elemento diabolico della **coazione a ripetere** (pochi giorni fa m'ha detto: "non vorrei sembrarle davvero pazza ma, certe volte, mi sembra che io e la mia famiglia siamo come posseduti dal demonio e costretti a ripetere sempre le stesse esperienze").

La sua storia (straordinaria nella sua tragicità seppur a me familiare, come di ordinaria miseria meridionale) è contraddistinta da diverse **esperienze traumatiche** nell'ambito domestico, in cui è stata molto precocemente esposta agli urti fragorosi di un padre alcolista e violento, con accessi spesso notturni di gelosia delirante verso la moglie, a quelli silenti ma brutali di un nonno materno che, ormai vedovo, l'ha molestata sessualmente e, infine, a quelli di una madre che in lei, prima figlia, cercava sostegno e "complicità contro il marito, cosa superflua essendo lui bravo abbastanza a farsi odiare da solo", come mi dice proprio in quel nostro primo incontro. "Mia madre" proseguì "non è riuscita a proteggere noi figli". Questi sembrano essere "l'alibi perfetto per il suo suicidio", come mesi dopo mi riferisce aver scritto in un blog su internet sua sorella, che aggiunge con ambiguità rispetto all'interlocutore (se stessa, la madre o la sorella mia paziente) "io ti guardo e mi pari una bambina sciocca: non dovevi essere come lei ma lo sei, non diventerai mai donna ma solo cenere nel focolaio dell'assassino a cui hai spalancato le porte".

La incontro 2 volte alla settimana con lei sul lettino, dove solo di rado e fugacemente riesce a stendersi, rimanendo invece abitualmente seduta, vigile.

Teorie sul Trauma in Freud

Agli inizi della psicoanalisi Freud definì il concetto di trauma nell'ambito degli studi sull'isteria. Distanziandosi dal mastro parigino Charcot, Freud descrive storie di traumi psichici spesso ripetuti, con contenuti di sofferenza e dolore emotivo intensi, verificatisi in un passato che, man mano che si procede con l'investigazione psicoanalitica, si sposta progressivamente verso l'età infantile. A livello teorico in questa prima fase si pone l'accento sia sull'avvenimento traumatizzante in sé, riferito ad un evento preciso della vita dell'individuo il cui effetto è soggettivamente significativo, suscitando affetti dolorosi, che sulla sua rappresentazione la quale, rimossa (in quanto non *abreagita*), funziona all'interno della struttura psichica individuale come un **corpo estraneo**, producendovi un effetto patogeno duraturo. In questa prima teorizzazione a determinare la traumatogenicità dell'evento è la sensibilità individuale. Affinché un'esperienza divenga traumatica sono necessarie specifiche condizioni obiettive: le peculiari condizioni psicologiche al momento del trauma, un contesto capace di ostacolare una risposta adeguata e un conflitto psichico che precluda l'integrazione dell'esperienza traumatica esterna. Traumatici poi possono essere anche una serie di eventi che, pur insufficienti da soli a determinare l'impossibilità da parte dello psichismo a liquidare le eccitazioni secondo il *principio di costanza*, se sommati, sono invece capaci di causare disturbi permanenti all'economia energetica della psiche.

Per comprendere la teoria sul trauma bisogna sempre tener presente la *concezione economica*, poiché "l'espressione 'traumatico' non ha altro senso se non questo, economico": l'afflusso di eccitazioni connesse all'evento è eccessivo per la tolleranza del soggetto, incapace di elaborarle o a causa della sua forza o per la sua repentinità oppure perché andrà ad iscriversi in una organizzazione psichica con dei punti di rottura predefiniti. Il trauma era quindi essenzialmente concepito come un fattore esterno che disturba l'*Io* e che questi non è capace di affrontare con l'abreazione o con elaborazioni associative ma

da cui si difende tramite la *rimozione*. Come conseguenze sul soggetto, il trauma è, in questa prima formulazione, uno stato di energia libidica incapsulata che l'*Io* è incapace di scaricare e da cui genera l'angoscia: "l'angoscia nevrotica è libido sessuale trasformata". L'enfasi posta sul conflitto difensivo all'origine dell'isteria non sminuisce, in questa fase, il ruolo del trauma *reale* che è essenzialmente sessuale e pur rivelandosi in età post puberale rimanda ad una azione accaduta in età prepubere.

La tesi della natura sessuale del trauma è rintracciabile già nella *Minuta A per Fliess* in cui Freud individuava nelle esperienze traumatiche infantili di **seduzione sessuale** da parte di adulti perversi la genesi della nevrosi. La valenza traumatica di queste esperienze, in termini propriamente economici, si dispiega a posteriori (nel processo di *Nachträglichkeit*) quando alla "prima scena", in cui il bambino subisce un approccio sessuale da parte di un adulto, ne segue un'altra, che avviene dopo la pubertà, capace di richiamare per associazione la prima, rimossa e quindi inconscia, determinando un afflusso di eccitazioni sessuali che arriva a travolgere le difese dell'*Io*. E' allora solo come ricordo che la prima scena svolge un'azione patogena (determinando l'affluenza di stimoli interni), ragion per cui si afferma che "*l'isterico soffrirebbe per lo più di reminiscenze*".

E' questa la teoria della *seduzione* (successivamente ripudiata nella nota lettera a Fliess del 21 settembre 1897), in cui si comincia invece a intravedere la potenza dei fantasmi intrapsichici (alla base della successiva formulazione della teoria del trauma), riattivati da un evento esterno attuale ma formati in uno precedente. Ma la scoperta che molti dei racconti delle sue pazienti, relativi a presunte esperienze traumatiche infantili, non trovavano riscontro nella realtà storica delle stesse, alcune dolorose vicende personali e la rivelazione dell'assenza di differenza nell'inconscio tra eventi realmente accaduti e fantasie investite d'affetto, indussero Freud a rinunciare alla teoria della seduzione.

Seguì allora l'idea di una seduzione "innocente", precoce ed involontaria, esercitata da parte delle figure materne che si prendono cura di bimbi molto piccoli: negli anni successivi Freud, seppur senza lasciar cadere completamente *il punto di vista traumatico*, lo riformula nell'ambito di una visione più idonea a tener conto anche di altri fattori quali la costituzione individuale e le vicende infantili. Il ruolo etiopatogenetico del trauma "reale" scema a vantaggio della vita fantasmatica dell'individuo e delle possibili fissazioni nei diversi stati libidici, fino ad arrivare a designare un fatto che occorre solo in un tempo successivo e non le esperienze infantili alla base delle fissazioni. Esempi di possibili situazioni traumatiche sono: l'angoscia di castrazione, l'angoscia di separazione, la scena primaria e il complesso edipico. Il trauma è in diretta connessione con la lotta che l'*Io* conduce contro la forza e l'urgenza delle pulsioni sessuali e i conflitti e i seguenti traumi sono espressioni della realtà psichica interna. Freud comunicò questo importante cambiamento di rotta, che lo indusse a privilegiare, nella formazione dei sintomi nevrotici, la funzione delle fantasie inconscie a discapito degli avvenimenti esterni traumatici, nei *Tre saggi sulla teoria sessuale*, otto anni dopo la lettera a Fliess, a testimonianza della difficoltà a conciliare la nuova ipotesi con la precedente e del disagio che la sconfessione dei presupposti teorici di questa gli avevano generato.

In *Al di là del principio di piacere* è rilanciata la definizione di trauma come lacerazione, per cui, coerentemente con la concezione economica, l'apparato subirebbe un trauma in violazione del *principio di costanza* proprio a causa di una lacerazione dello strato protettivo (lo *scudo antistimolo*), posto come riparo. Freud descrive metaforicamente la condizione umana come una relazione elementare tra un organismo ed il suo ambiente in cui, a protezione dalle eccitazioni esterne, è messo a disposizione della "vescichetta vivente" uno scudo difensivo che permette il passaggio solo di entità sopportabili di eccitazione. L'estesa ferita dello strato protettivo ed il successivo trauma chiamano a raccolta tutte le forze a disposizione per creare dei contro-investimenti, fissando la quota di eccitazione in esubero e così permettendo il ripristino dei requisiti di funzionamento del *principio di piacere*, messo in scacco dall'afflusso eccedente di eccitazione, e obbligando la psiche ad assolvere ad un lavoro che diviene più impellente "al di là del *principio di piacere*", consistente appunto nel legare le eccitazioni per rendere possibile una loro scarica in differita. L'alterazione dell'ordine, entro il quale di norma opera il *principio di piacere*, causata dal trauma, non è una semplice perturbazione dell'economia libidica ma una vera e propria minaccia alla integrità dell'individuo.

Freud ridefinisce la teoria dualistica delle pulsioni, passando dalla distinzione tra pulsioni sessuali e dell'*Io* alla contrapposizione tra pulsioni di vita e pulsioni di morte. La **coazione a ripetere**, qui indicata per la prima volta come principio dell'operare psichico, è in rapporto con la pulsione di morte. La base teorica del concetto di trauma diviene così intersistemica e pulsionale e le conseguenze del trauma sono rintracciabili nelle situazioni in cui incontriamo la colpa, il masochismo, la melanconia, la depressione e le situazioni interne di angoscia che descrivono i diversi modi in cui l'*Io* lo affronta.

Alla luce della svolta e delle intuizioni della Seconda Topica, Freud supera il modello semplificato della vescichetta vivente, enfatizzando nuovamente invece il peso del concetto di trauma e legandolo alla teoria dell'**angoscia** (*Inibizione, sintomo e angoscia*). La condizione traumatica in cui l'*Io* indifeso sperimenta la situazione d'**impotenza** genera l'"angoscia automatica", da questa e dal rischio che possa travolgerlo, lo stesso *Io* tenta di tutelarsi attivando il segnale d'angoscia. Pertanto il pericolo per l'integrità dell'*Io* deriverebbe da un attacco simmetrico: c'è un pericolo esterno, rappresentato dal fatto traumatico, ed uno interno, le eccitazioni pulsionali. In questa fase Freud distingue chiaramente tra situazioni traumatiche propriamente dette e situazioni di pericolo, cui corrispondono rispettivamente l'angoscia automatica e l'angoscia come segnale dell'avvicinarsi del trauma. La causa fondamentale dell'angoscia automatica è il verificarsi di una situazione traumatica la cui essenza può esser ridotta ad una esperienza d'impotenza da parte dell'*Io* nei confronti di un eccesso accumulato di eccitazione.

I pericoli specifici capaci di generare il trauma sono, nei diversi momenti della vita: "la nascita, la perdita della madre in quanto oggetto, la perdita del pene, la perdita dell'amore dell'oggetto, la perdita dell'amore del *Super-Io*". Il ruolo patogeno di queste condizioni particolarmente sfavorevoli può essere neutralizzato ed anzi convertito in fattore di crescita solo attraverso un'attività di rappresentazione fantasmatica e simbolica (che, nelle fasi precoci dello sviluppo infantile, non può che essere mediata dalla presenza di una adeguata rêverie materna, come indagato in particolare dal *middle group* britannico). La revisione della teoria sull'angoscia e di quella sulla situazione traumatica, portano al centro della formulazione del concetto di trauma il ruolo dell'**ambiente** (per il bambino la madre) e il bisogno di "aiuto esterno" in situazioni d'impotenza. In tal modo le origini intrapsichica, intersistemica, ambientale e relazionale del trauma si integrano e fondono in una teoria unitaria. Al termine di questa fase Freud concentrò la sua attenzione sull'*Io*, in riferimento ai cambiamenti subiti nei conflitti difensivi dell'infanzia o successivamente a causa dei disturbi della funzione sintetica. Secondo M. Khan: "la nuova importanza attribuita al rapporto madre-bambino ha interamente mutato il nostro quadro di riferimento per lo studio della natura e del ruolo del trauma".

Trauma della presenza e dell'assenza, ambiente e mondo intrapsichico: Winnicott e Ferenczi

In *Inibizione, sintomo e angoscia* ha cominciato a rivestire un ruolo significativo al fianco della "presenza" traumatica (l'oggetto, l'evento o il fattore traumatizzante), anche la perdita o l'assenza quale fonte di traumatismo (un lutto o la mancanza di qualcosa di fondamentale che non s'è verificato, come, ad esempio, le cure materne). Sono proprio queste le possibili cause contemplate da Winnicott di angoscia catastrofica, qualora siano esperite precocemente. Nelle sue opere Winnicott enfatizza l'importanza delle cure materne e la necessità della dipendenza affinché il bambino piccolissimo possa raggiungere quello stato in cui è capace di riconoscere sé stesso. L'inglese ha sottolineato che se la madre può, anzi deve, mancare di soddisfare l'*Es* del bambino, non dovrebbe però mai mancare di farlo con il suo *Io*. Nel mondo interno del bambino stimolazioni intense e negative possono condurre al collasso di oggetti interni (presenza che determina l'assenza) e, di converso, assenze traumatiche (quali quelle legate a traumi primitivi) possono consentire costruzioni psichiche (affetti, rappresentazioni, oggetti interni), come nella nascita del pensiero (assenza che determina la presenza). In quest'ambito l'ipotesi di Winnicott è che tutti i parziali insuccessi e la non sufficienza, nella prima infanzia, dell'ambiente di supporto (lo scudo protettivo rappresentato dal ruolo materno) spingano il fanciullo e l'adulto a correggere squilibri e dissociazioni intervenute nella integrazione dell'*Io*. Questo tentativo si esprime in un meccanismo coattivo e si realizza nella regressione ad un bisogno di **dipendenza**. Una delle conseguenze sull'individuo di questa incapacità dell'ambiente ad adattarsi, offrendo assistenza e sostegno, è il "*falso Sé*": è questo un esito caratterologico della rottura e deformazione dell'autonomia dell'*Io*. Gli **urti**, capaci di infrangere lo scudo protettivo materno di cui parla Winnicott, sono da

intendersi come l'incapacità della madre a dosare e regolare gli stimoli, sia interni che esterni, da offrire nella prima infanzia. Questi urti ostacolerebbero l'autentica integrazione dell'*Io*, conducendo ad un'organizzazione e ad un modo d'operare prematuro e difensivo. Con urti Winnicott indica una forma specifica di iperstimolazione provocatrice e torturante destinata a far salire la tensione del bambino senza offrirgli appropriate vie di scarica. Sono proprio questi urti dell'ambiente tra gli elementi genetici più patogeni all'origine di quello che Khan chiama il "*trauma cumulativo*".

Ferenczi, nel fondamentale saggio "Confusione di lingue tra gli adulti ed il bambino", afferma invece che il trauma è un *evento reale*, non una fantasia che occupa il posto di eventi reali: la verità soggettiva andrebbe accettata e accolta quale strumento che consente di elaborare l'esperienza personale al di fuori della realtà interna di un individuo e al di fuori della realtà esterna del mondo circostante. L'analista accetta le esperienze riferite e il loro contenuto di verità. L'*esperienza traumatica*, secondo l'ungherese, è composta di elementi dinamici sia *intrapsichici* che *interpersonali*, da comprendere quindi nell'ambito di un sistema di *relazioni oggettuali*. Le motivazioni degli adulti differiscono da quelle dei bambini nella situazione di seduzione sessuale. Il bisogno di tenerezza del bambino è frainteso e sfruttato dall'adulto, che lo deteriora al fine di creare spazio per i suoi desideri erotici. Sono così messi in evidenza i meccanismi di difesa dell'*Io* dei partecipanti ed anche il rapporto che li unisce. Il fattore patogeno più forte è l'introiezione dell'**ansia** e del **senso di colpa** dell'aggressore nel bambino.

E' questo il concetto di *identificazione con l'aggressore*, espresso da Ferenczi prima (e con alcune differenze) rispetto ad Anna Freud.

Importante anche è in questa teoria la realizzazione del *principio di piacere* nel trauma: nella trance traumatica, il bambino riesce a mantenere in vita la precedente situazione di tenerezza. L'esito intrapsichico del trauma risulta determinato nella situazione post-traumatica in relazione al fatto che ci sia o meno una **persona fidata**. Ferenczi attribuisce agli oggetti esterni un ruolo determinante nella strutturazione del funzionamento mentale del bambino e mette l'accento su due processi fondamentali: i processi d'identificazione e la scissione dell'*Io*. Il trauma è quindi il risultato di una violazione psichica del bambino da parte di un adulto, di una confusione di lingue tra loro e, soprattutto, del **diniego** da parte dell'adulto della disperazione del bambino. Il linguaggio della passione di un adulto, che manovra inconsciamente l'erotismo sia dell'amore sia dell'odio, urta violentemente con il linguaggio della tenerezza del bambino. Questo malinteso suscita nel bambino, che aveva riposto tutta la sua fiducia nell'adulto, paura, **delusione** e dolore. Quando queste modalità d'invasione psichica producono i loro effetti, squalificando e smentendo il riconoscimento del pensiero e degli affetti nella psiche del bambino, ha luogo un trauma che genera una scissione. Di fronte all'impossibilità di difendersi dall'adulto, il bambino non può che sottomettersi ai suoi desideri, alla sua volontà, per poi identificarsi totalmente con lui. Si tratta dell'**introiezione del senso di colpa**. L'effetto traumatico appare in un secondo momento ed è una conseguenza del **diniego**. L'adulto, che si comporta come se nulla fosse successo, proibisce al bambino non solo di usare la parola ma anche la possibilità di farne una rappresentazione ed una fantasia. Le parole del bambino rimangono così sotterrate vive. Posteriormente, sulla spinta di altri eventi traumatici, può verificarsi una frammentazione della personalità, ultima risorsa possibile per difendersi dal terrore della sofferenza. In un certo senso Ferenczi si colloca così oltre l'inconscio e al di fuori del meccanismo della rimozione, dedicandosi a trovare nuovi strumenti tecnici che consentano all'analista di ascoltare un linguaggio differente in cui i silenzi, le azioni e le dissociazioni siano percepiti come "manifestazione" del trauma e non come rappresentazione. *Il trauma si presenta* e la sua presenza non appartiene a nessun presente, è un presente folle fuori da una temporalità storica ove tutto si dissolve, con-fondendosi. E' qualcosa che ha a che fare con la morte, qualcosa di non rappresentabile, uno star-morendo continuo in un tempo dove nulla inizia.

Dalla morte del non rappresentabile alla possibile vita del sogno che può ri-generare i mostri

Questi 2 anni di terapia con M sono stati per me faticosi e contraddistinti dalla sensazione di essere sempre sotto esame e di non riuscire a fare abbastanza per superarlo. La fiducia che talvolta sembro, con grandi sforzi, conquistare al termine di una seduta, svanisce in parte in quella successiva. Ho l'impressione di aver trascorso il tempo a cercare di creare lo spazio possibile per l'incontro, nel

tentativo, che di frequente temo sia vano, di farla sentire accolta. Lo scopo è quello di conquistare un clima di sufficiente fiducia in cui provare a **dar parola** alle sue emozioni ma spesso mi sembra di andare a finire in un vicolo cieco, in cui faccio i conti con un senso d'**impotenza** (forse controtransferale). Finalmente però, circa due mesi fa, mi racconta un sogno nuovo, in cui il trauma si manifesta con i suoi personaggi con-fusi ma forse più mobili, non costretti ad interpretare lo stesso rigido copione.

*Mi racconta, di aver sognato che Angelo Izzo (“il **mostro** del Circeo”) era in terapia con me. Il lettino era lo stesso e l'intera stanza d'analisi sembrava uguale ma era trasferita a casa del nonno. Lei è presente ed assiste alla scena senza prendervi parte fino a quando Izzo non mi chiede di fare pipì. Lei coglie un mio cenno di richiesta d'aiuto e allora interviene, entra in scena portando una “padella” per consentire a quello che è il mio paziente steso sul lettino di liberarsi e urinare. Guardandolo si accorge che ha gambe da donna e avvicinandosi ai genitali scopre con **angoscia** che sono genitali di donna.*

Nelle associazioni sul sogno, ella mi dice che la sera prima aveva assistito ad una trasmissione televisiva in cui s'era parlato della seconda vicenda tragica che aveva visto di nuovo protagonista l'Izzo, colpevole dello stupro e dell'omicidio di una donna e della sua giovanissima figlia. Turbata dalla trasmissione ne aveva parlato telefonicamente con la madre e, nel corso di questa conversazione, oltre ai soliti scambi di battute sul padre-mostro e sulle sue nuove violenze, avevano anche fatto cenno alle condizioni del nonno (delle cui molestie M non ha mai potuto parlare con la madre, non ritenuta sufficientemente fidata), che è sempre più malato e di cui la mamma da sola deve occuparsi. Riguardo alle sensazioni del sogno, ella aggiunge che era come se guardasse la scena dall'esterno, pur essendo presente sulla stessa e non sentendosi un'intrusa. E' scettica riguardo a ciò che sto/stiamo facendo e si domanda quali parole possa io trovare per entrare in contatto con un mostro. Sarà quindi con grande sorpresa, dice, che si renderà conto che invece è come se si aprisse una breccia comunicativa con me.

La casa del nonno è quella dove di sono consumate le molestie, ripetute per alcuni mesi o anni (un tempo astorico) quando la paziente aveva 8-9 anni di età, e alle quali ella ritiene d'aver avuto un ruolo attivo di seduttrice nei confronti del “povero nonno” e per cui si sente in **colpa**. Al mio tentativo di messa in relazione di questi vissuti coi possibili vissuti del nonno al momento delle aggressioni, M sembra sopraffatta dall'emozione e smette di parlare, piangendo sommessamente.

Per la prima volta, sia pure indirettamente e parlando della M sulla scena del sogno, entriamo forse in contatto con una rappresentazione delle emozioni provate durante l'esperienza traumatica e rimaste sepolte per l'assenza di una **persona fidata**. L'introiezione del senso di colpa, l'identificazione con l'aggressore, la trance dissociativa sembrano ben descritte nel sogno e non solo presentate o fatte vivere controtransferalmente. La stessa vicenda traumatizzante, cui, sempre con grande fatica, aveva fino ad allora fatto solo brevi cenni e quasi senza nessun contenuto affettivo, prende forma e nel gioco delle ri-associazioni sembra poter cominciare ad essere narrata e trasformata, giocando con le identificazioni (con il nonno aggressore-mostro ma anche con la mamma sempre vittima e l'analista che può aiutare) e riconoscendo il ruolo dell'analisi e dell'analista, capace di trovare le parole (e i silenzi) giusti per suscitare emozioni in cui non sentirsi soli e inermi o di creare un luogo dove potersi almeno liberare di un peso così gravoso. Questo trauma non era stato rimosso, era accessibile alla coscienza, ma il suo contenuto emotivo era irrepresentabile, così come lo sono probabilmente altri traumi più antichi e inconsci, che hanno a che fare forse col proto mentale, con il preverbale.

Tra il trauma e il cambiamento che opera, la traccia che lascia, si situa la reazione ad esso. Anche la rimozione è una reazione al trauma, un tentativo di far sì che qualcosa che non si può dimenticare non sia mai avvenuto. Da questa deve partire il lavoro sotterraneo di associazione con altri elementi, di elaborazione del contenuto, di libera esposizione al gioco degli affetti. La rappresentazione del trauma, dalla rimozione, abita l'Immaginario e si fa cogliere nell'ordine del **Simbolico** da un significante che gli dà luce. La non rappresentabilità del trauma attiene al luogo e al momento dell'alterazione dell'*Io* però il trauma è sconosciuto non solo perché violento o a volte puntiforme e improvviso (e quindi non collocabile nell'intensità, nello spazio e nel tempo) ma anche perché oscuro alla coscienza incapace di tollerarlo. E' opaco alla significazione, finché non sarà archeologicamente riportato alla luce e collocato nella storia. Il trauma pertanto è sostanzialmente e strutturalmente irrepresentabile e si concede alla

nostra comprensione solo attraverso il lavoro di ri-associazione, rielaborazione, scomposizione e ricomposizione dell'analisi, nella sua contestualizzazione ma anche nella sua astoricità, nel suo essere percorribile lungo le sue infinite riedizioni e rappresentazioni, nel ritrovarlo attraverso il linguaggio dei simboli verbali e delle immagini corporee ma anche nel suo tragico non parlare.

Il sogno di M può, spero, descrivere un primo passo verso la rappresentabilità dei traumi subiti, verso una sua narrabilità, offrendole anche una prima possibile condivisione che non la faccia sentire sola ed isolata ma promettendo una nuova comprensione e una futura ri-significazione dell'esperienza dilaniante di cui, così, potrebbe riappropriarsi, ritrasformandola. Certo, qualora pure così fosse, il cammino sta solo per iniziare ma non possiamo avere fretta né scoraggiarci, come la stessa M, in occasione della prima significativa interruzione della nostra terapia, mi suggerì regalandomi un oggetto raffigurante una piccola tartaruga, lenta ma testarda e resistente, e nel cui guscio potersi riparare nell'attesa.

BIBLIOGRAFIA

- 1) APA: *DSM- IV*. 1994.
- 2) Balint M: *Trauma and Object Relationship*. Int J Psycho-Anal, 50: 429-36, 1969.
- 3) Baranger M, Baranger W, Mom JM: *The infantile psychic trauma from us to Freud: Pure trauma, retroactivity and reconstruction*. Int J Psycho-Anal, 69: 113-28, 1988.
- 4) Bonfiglio B: *Evoluzione del concetto di trauma e la sua utilità nella clinica*. Riv Psicoanal, 43: 583-606, 1997.
- 5) Ellenberger HF: *La scoperta dell'inconscio*, 1976.
- 6) Ferenczi S: *Il sogno del "poppante saggio"*. Opere, vol. III, 1923.
- 7) Ferenczi S: *Confusione di lingue tra gli adulti ed il bambino*. Opere, vol. IV, 1932
- 8) Freud S, Breuer J: *Studi sull'isteria*. OSF, 1, 1892-1895.
- 9) Freud S: *Minute teoriche per W. Fliess*. OSF, 2, 1892-1897.
- 10) Freud S: *Le neuro psicosi da difesa*. OSF, 2, 1892-1897.
- 11) Freud S: *Etiologia dell'isteria*. OSF, 2, 1892-1897.
- 12) Freud S: *Tre saggi sulla teoria sessuale*. OSF, 4, 1905.
- 13) Freud S: *Introduzione alla psicoanalisi*. OSF, 8, 1915-1917.
- 14) Freud S: *Introduzione a: "Psicoanalisi delle nevrosi di guerra"*. OSF, 9, 1920.
- 15) Freud S: *Al di là del principio di piacere*. OSF, 9, 1920.
- 16) Freud S: *L'Io e l'Es*. OSF, 9, 1922.
- 17) Freud S: *Autobiografia*. OSF, 10, 1925.
- 18) Freud S: *Inibizione, sintomo e angoscia*. OSF, 10, 1926.
- 19) Freud S: *Analisi terminabile e interminabile*. OSF, 11, 1937.
- 20) Freud S: *La scissione dell'Io nel processo di difesa*. OSF, 11, 1938.

- 21) Janiri L, Calvosa F, Dario T, Buonanno A, De Risio S: *Considerations about the traumatic role of environment on mental health*. *Int J Psychiatry Behav Sci*, 1: 20-24, 2004.
- 22) Khan MMR: *Il concetto di trauma cumulativo*. In: *Lo spazio privato del sé*, 1979.
- 23) Kluzer G: *Nuove ipotesi interpretative del concetto di trauma*. *Riv Psicoanal*, 42: 405-23, 1996.
- 24) Laplanche J, Pontalis JB: *Enciclopedia della psicoanalisi*, 1967.
- 25) Modell AH: *Per una teoria del trattamento psicoanalitico*, 1994.
- 26) Mészáros J: *I mattoni della moderna teoria del trauma*. In: Bonomi C (a cura di) , *Sandor Ferenczi e la psicoanalisi contemporanea*, 2006.
- 27) Oppenheim H: *Die Traumatischen neurosen*. 1889.
- 28) Winnicott DW: *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. 1958.
- 29) Winnicott DW: *Sviluppo affettivo e ambiente*, 1965.
- 30) Winnicott DW: *Paura del crollo*. In *Esplorazioni psicoanalitiche*, 1995.
- 31) Zepf S, Zepf FD: *Trauma and traumatic neurosis: Freud's concepts revisited*. *Int J Psychoanal*, 89: 331-353, 2008.