



Sezione monografica *Tradurre il trauma*

## Sulle tracce del trauma

DOMITILLA CATALDI

*Psicoanalista*

domicata57@gmail.com

**Abstract.** In this paper, I will deal with abuse understood as trauma that, in a relationship between two people, violates the body. Clinical practice still reveals to us today the extent of the effects on an ego that is incapable of defending itself and of allowing the excitatory, incomprehensible and ruinous charge of an abusive adult to flow out of itself. In this sense, the theoretical clinical contribution of Ferenczi, still remains essential today in approaching the complexity of the pathological dynamics of the traumatic scenario. A scenario that is explored here within the psychoanalytic relationship, through the therapist's listening and welcoming towards the narrative fabric of the patient's body and mind manifestations, in order to trace the abuse and return it to the vital dynamics of communication and thus be able to translate it, restoring meaning to it.

**Keywords:** traumatic experience, alien legacy, agonic experience, narrative fabric.

**Riassunto.** In questo scritto tratterò l'abuso inteso come un trauma che, in una relazione tra due persone, va a violare il corpo. La pratica clinica ci rivela ancora oggi la portata degli effetti su un Io incapace di difendersi e di far defluire da sé la carica eccitatoria, incomprensibile e rovinosa, di un adulto abusante. In tal senso, il contributo teorico clinico di Ferenczi rimane ancora oggi imprescindibile nell'accostarsi alla complessità della dinamica patologica dello scenario traumatico. Scenario che viene qui esplorato all'interno della relazione psicoanalitica, attraverso l'ascolto e l'accoglienza del terapeuta verso il tessuto narrativo delle manifestazioni del corpo e della mente del paziente, al fine di rintracciare l'abuso e restituirlo alla dinamica vitale della comunicazione e poterlo così tradurre, restituendogli senso.

**Parole chiave:** esperienza traumatica, lascito alieno, vissuto agonico, tessuto narrativo.

## Sulle tracce del trauma

La metafora dell'albero può ben rappresentare la psicoanalisi e aiutare a riconoscere in Sigmund Freud la base di una creazione originale le cui ramificazioni si sono sviluppate nei contributi successivi del pensiero psicoanalitico. Il concetto di trauma appare invece come un fiume carsico che nasce ben visibile già agli albori della psicoanalisi, per poi inabissarsi e ricomparire, arricchito dalla gestazione e dalla ricerca di Sandor Ferenczi, così da aprirsi come un delta fecondo per gli analisti delle successive generazioni. In tal senso ricordo la testimonianza del *Diario Clinico* di Ferenczi, che s'interruppe con la sua morte nel 1933 ma fu pubblicato solo nel 1985.<sup>1</sup>

La parola trauma, dicevo, è presente fin dagli inizi della psicoanalisi. Siamo nel 1895 – mancano dunque cinque anni a *L'interpretazione dei sogni* – quando Freud e Josef Breuer pubblicano gli *Studi sull'isteria*, 1892-1895. Vale qui la pena di notare come il pensiero psicoanalitico nasca, fin dal suo esordio, dall'esperienza clinica e si sviluppi all'interno di una relazione: Freud e Breuer, e poi Freud e Fliess, con il carteggio sull'autoanalisi di Sigmund (1908-1933), e ancora l'epistolario tra Freud e Ferenczi (1908-1914),<sup>2</sup> che li vide impegnati quasi quotidianamente; senza dimenticare gli incontri del mercoledì, fucina di pensieri degli analisti della prima generazione, e così via, fino ai gruppi e ai seminari teorici e clinici del nostro presente.

Gli *Studi sull'isteria*, dunque: un lavoro in cui l'origine dell'isteria e le sue manifestazioni somatiche non vengono più attribuite a patologie degli organi genitali, ma a esperienze psichiche di natura traumatica vissute dalle pazienti ricoverate alla Salpêtrière, l'ospedale nel quale si ritrovano, insieme a J.M. Charcot, Freud e Breuer. Attraverso la narrazione dei diversi *Casi clinici* – di cui ricordo solo il più noto, Anna O – seguiamo l'appassionante rivelazione del mondo interno delle pazienti. Furono loro, le pazienti, a insegnare a Freud che cosa fosse lo shock traumatico, la reazione ad esso successiva, e gli effetti patogeni sullo strutturarsi del Sé psicosomatico. Reminiscenze, le chiamò Freud, aprendo così la strada all'importante ricerca sulle dinamiche delle fantasie inconscie e delle emozioni ad esse legate, e sul ruolo delle identificazioni proiettive ed introiettive della persona.

Man mano che procedeva l'analisi delle pazienti, Freud si accorse che le esperienze traumatiche risalivano a un passato lontano, sempre

<sup>1</sup> S. Ferenczi, *Diario clinico* [1932], ed. it. a cura di G. Carloni, Milano, Cortina, 1988.

<sup>2</sup> S. Freud, *Lettere. 1898-1914*, trad. it. di S. Stefani, Milano, Cortina, 1993; Id., *Lettere. 1914-1919*, trad. it. di S. Stefani, Milano, Cortina, 1998; Id., *Lettere a Wilhelm Fliess. 1887-1904*, a cura di J.F. Masson, trad. it. di M.A. Massimellon, Torino, Boringhieri, 2008.

più remoto. L'emersione dei ricordi infantili, con la loro intensità, si impose e lo portò a indagare, e poi sviluppare, le dinamiche dei moti affettivi e pulsionali dell'infanzia, il ruolo fondante dell'oggetto primario, il seno materno, o *caregiver* come diremmo oggi, al quale aggiunse la nozione di terzo – la funzione paterna – giungendo così alla formulazione del complesso edipico, che Melanie Klein (1959) riprese e sviluppò nella sua teorizzazione successiva.<sup>3</sup>

Sappiamo che in seguito Freud ridimensionò l'importanza del ruolo del trauma reale quale punto d'insorgenza delle patologie psichiche, per rivolgere la sua attenzione agli aspetti strutturali del mondo interno della persona: il gioco delle fantasie nella formazione del ricordo e le dinamiche del conflitto tra le istanze psichiche: le pulsioni dell'Es, le pretese del Super Io, e il loro rapporto con l'Io alle prese con la realtà.

Ma che cosa si intende per esperienza traumatica? Il termine 'trauma' deriva dal greco e indica una ferita, una ferita in grado di lacerare. E più precisamente un evento carico di una intensità lacerante che irrompe inaspettatamente nella vita di un soggetto: un soggetto che nell'istante in cui si trova esposto a una situazione dirompente non ha la possibilità di difendersi, di organizzarsi in modo da rispondere adeguatamente all'insulto che riceve. Abbiamo dunque una forza distruttiva e un soggetto che a tale distruzione non è in grado di opporsi. Non lo è perché la natura improvvisa dell'impatto non consente all'Io di ricevere il segnale d'angoscia, quell'allerta che si accende nella nostra parte più cosciente, l'Io appunto, snodo tra i recettori sensoriali e le categorie mentali, preposta anche alle funzioni difensive della persona. Spazzato via dall'urto, l'Io non può organizzarsi, non può prepararsi all'impatto.

Già in *Inibizione, sintomo e angoscia*, Freud definisce traumatica ogni esperienza nella quale il soggetto sente di essere in balia di forze sovrastanti, quando l'Io, inadeguato a far fronte alle violente emozioni scaturite dalla situazione alla quale si trova esposto, vive una totale perdita di controllo e teme di essere travolto dall'angoscia e dal sentimento d'impotenza che ne deriva. Si tratta di un'esperienza che trae origine dalla perdita di ciò che Freud, nel testo citato, chiama «scudo protettivo».<sup>4</sup>

L'imaturità e l'inadeguatezza dell'Io, unite all'intensità sovrachiantante dell'evento, rendono traumatica una perdita, un lutto, che in un altro contesto avrebbe potuto promuovere le capacità elaborative.

<sup>3</sup> M. Klein, *Note su alcuni meccanismi schizoidi* [1946], in Ead., *Scritti*, trad. it. di A. Guglielmi, Torino, Boringhieri, 1978; Ead. *Sull'identificazione* [1955], in M. Klein, P. Heimann, R. Money Kyrle, *Nuove vie della psicoanalisi*, Milano, il Saggiatore, 1966.

<sup>4</sup> S. Freud, *Inibizione, sintomo e angoscia* [1925], in Id., *Opere*, ed. it. diretta da C.L. Musatti, Torino, Boringhieri, 1967, vol. 10, p. 244.

Così come una separazione, un incidente, una violenza bellica o un evento climatico. Nel mio scritto, tratterò in particolare dell'abuso inteso come un trauma che, in una relazione tra due persone, va a violare il corpo.

La pratica clinica ci rivela la portata degli effetti di questa esperienza su un Io ancora incapace di far defluire da sé e di proteggersi dalla carica eccitatoria, incomprensibile e rovinosa, di un adulto abusante. Un piccolo essere inabilitato a difendersi ma non a percepire l'emozione, la pulsione e il senso di colpa di colui che lo ferisce: contenuti che diventeranno un lascito alieno, un innesto insano nell'evoluzione della sua persona: un lascito che continuerà a dare notizie di ciò che l'evento traumatico ha portato con sé.

L'esperienza traumatica travolge i confini della persona, la sua pelle fisica e psichica, e penetra nel suo mondo interiore. Spesso sono le manifestazioni cliniche a svelare, nel rapporto terapeutico, l'abuso subito. Lo cogliamo nell'alterata modulazione delle emozioni, nello sconvolgimento delle strutture mentali, nell'incapacità di registrare informazioni e tessere reti di significato e nel sogno «traumatolitico»<sup>5</sup> (così definito da Ferenczi nell'articolo apparso postumo *Riflessioni sul trauma*, 1934), in un sogno, cioè, capace di fare emergere la narrazione del trauma, altrimenti celato.

La persona tuttavia dovrà pur sopravvivere. Ma come sopravvivere? Se la cosa non è sopportabile, come sopportare una cosa che non lo è? La prima risposta è: smettendo di sentirla, andando via da lì, via dalle emozioni, dalla mente e dal corpo che vive quell'esperienza traumatica. Tuttavia, andare via da ciò che può uccidere pur di non rimanere uccisi comporta un'eredità gravosa, perché anche se esisterà il momento successivo, anche se il cuore continuerà a battere e il mondo a girare, l'esperienza di morte, o di stato agonico, è stata fatta, e resterà in chi l'ha vissuta. L'esperienza traumatica, per quanto allontanata da sé, non può essere cancellata. Rimane, lacerata e agonizzante, nascosta in un forziere cristallizzato ma attivo. Alla mente non resta che la strada della dissociazione, un meccanismo di difesa arcaico che opera amputando non solo il trauma in sé ma parti vitali della persona che quell'esperienza ha vissuto: parti emotive, mentali e somatiche.

Se alcuni elementi dell'esperienza personale vengono tagliati via, altri compaiono e si insediano nella persona abusata. Nell'articolo *La confusione delle lingue tra adulti e bambini. Il linguaggio della tenerezza e il linguaggio della passione* (1932) – il contributo teorico più significativo della sua ricerca sul trauma e ancora oggi imprescindibile per chi si accosta

<sup>5</sup> S. Ferenczi, *Riflessioni sul trauma*, in Id., *Opere*, a cura di G. Carloni, Milano, Cortina, 2002, vol. 4, 1927-1933, p. 105.

alla complessità della dinamica patologica dell'esperienza traumatica –, Sandor Ferenczi indica nella differenza tra la tenerezza dell'erotismo infantile e la passionalità dell'erotismo adulto la causa della violazione del mondo infantile: un fraintendimento che sottende la scena traumatica, in cui l'adulto, sfruttando il bisogno emotivo di attenzione, affetto e riconoscimento del bambino, gli attribuisce propri contenuti emotivi che non riesce a integrare, scatenando nel bambino o nella bambina un terremoto emotivo che la (o lo) lascia al contempo costretta e congelata, ma anche scissa e frammentata nel doppio e incomprensibile linguaggio. Le vittime dell'abuso, scrive Ferenczi,

si sentono indifesi fisicamente e moralmente, la loro personalità è ancora troppo debole per poter protestare, sia pure solo mentalmente; la forza preponderante e l'autorità degli adulti li ammutolisce, spesso toglie loro la capacità di pensare. Ma questa stessa paura, quando raggiunge il culmine, li costringe automaticamente a sottomettersi alla volontà dell'aggressore, a indovinarne tutti i desideri, a obbedirgli ciecamente, a identificarsi completamente con lui.<sup>6</sup>

Sarà fondamentale per lo psicoanalista che si avvicina al terreno minato della sua paziente (o del suo paziente) traumatizzata, tenere presente – non solo mentalmente, ma con una partecipazione insieme sincera, affettuosa e rispettosa – che l'identificazione con l'aggressore è la risposta alla lacerazione subita; è un assecondare estremo, nel quale il bambino rinuncia al proprio Sé per assumere l'aggressività dell'adulto al fine di placarlo e per poter continuare a ritenere buono l'oggetto da cui dipende.

Quando il trauma è inflitto da un genitore, o da un componente affettivamente significativo della cerchia familiare, sotto la pressione del bisogno il bambino o la bambina tenderà insieme ad avvicinarsi e a fuggire dalla persona abusante, in una dinamica di speranza e terrore, per ritrovare il conforto perduto e per evitare d'imbattersi nel riconoscimento dell'odio nell'adulto da cui dipende.

Inoltre, diventa spesso ancora più difficile per il bambino preservare un contatto con le proprie reali sensazioni ed emozioni, perché in seguito alla condotta abusante il genitore, o chi per lui o per lei, tenderà a comportarsi come se non fosse successo nulla, evitando e sveltando i possibili tentativi del bambino o della bambina di parlarne. E anche se il trauma è avvenuto al di fuori del gruppo familiare, il bambino o la bambina può sperimentare un'incredulità da parte degli adulti o delle figure autorevoli che, non aiutandola a esprimersi o invitandola più o

<sup>6</sup> *Ivi*, p. 96.

meno esplicitamente a desistere dai suoi tentativi, le impediranno di dare forma e parola a ciò che è successo, ostacolando la via della rappresentazione mentale.

All'esperienza dell'abuso viene così negata la possibilità di procedere verso i processi mentali di digestione emotiva; di promuovere cioè una evoluzione dal marasma corporeo, scisso e insieme incapsulato, alla sensazione e all'emozione riconosciuta e condivisa e poi al lavoro della memoria, del ricordo. Ed è proprio questa mancanza da parte dell'adulto abusante e dell'ambiente circostante, questo chiudere gli occhi, nel raccogliere i messaggi, spesso impliciti, del bambino o della bambina, a innestare e cementare internamente il danno inferto al momento dell'esperienza traumatica. È la seconda fase del trauma, come la definisce Ferenczi.<sup>7</sup> Lasciati soli, il bambino o la bambina non potranno che fare ricorso, come abbiamo detto, alle difese arcaiche della dissociazione, in una auto-espulsione di parti del Sé, al fine di sopravvivere, incorporando al loro posto, nel vuoto identitario che si è così formato, la volontà dell'aggressore, i suoi stati emotivi. Questi trapianti estranei di aspetti della relazione con la persona abusante danno al bambino la sensazione di riprendere il controllo e di non soccombere nell'impotenza annichilente e potenzialmente mortale dell'esperienza traumatica; ma così facendo egli innesta dentro di sé una presenza oscura ed estranea, la percezione di una forza distruttiva che può sempre esplodere e tragicamente agire e riproporre in lui, in qualunque suo presente, l'adulto abusante di allora.

Allora come poi fidarsi dei propri sensi? Lo stato d'impotenza, insieme alla perdita della fiducia nella propria personale traduzione e comprensione della realtà sensoriale, emotiva e relazionale di cui fa parte, unito alla solitudine nella quale si svolge tutto lo scenario traumatico, si manifesta nel tempo e insieme in un senza tempo, attraverso un ventaglio doloroso di sintomi e inibizioni.

A volte sono i luoghi del corpo, rimasti congelati, a parlare; e lo fanno per sottrazione, attraverso anestesi e torpori o invece attraverso un animarsi improvviso con segnali di soprassalto (contrazioni e spasmi, alterazioni del ritmo del respiro), come un risveglio dopo un'anestesia, dopo un intorpidimento. Si svolge una riemersione non simbolica di ciò che è stato vissuto, e al suo posto si manifesta una "memoria implicita", potremmo dire "tracce mnestiche nel corpo". Questo risveglio può essere incomprensibile alla persona stessa, e risultare complesso per il terapeuta, che dovrà vigilare sul proprio bisogno di interpretazione, di una comprensione intellettuale, sempre così rassicurante. La partita si gioca proprio sul permanere insieme nel dialogo tra la dimensione

<sup>7</sup> *Ibidem.*

psichica e la dimensione corporea, in uno spazio condiviso e protetto per entrambi dalla cornice del *setting*, concepito ora più che mai come un confine pensato a misura del paziente.

A volte appaiono invece schegge d'immagini frammentate, che sarà compito del terapeuta accogliere per quello che sono e sopportare, aiutato dalla propria analisi mai così essenziale come in questi momenti in seduta, lasciando che permangano in lui, nell'attesa di poterle iniziare a nominare.

In un seminario clinico con W. Bion quale supervisore (1987), il paziente di cui si ragionava era un giovane ragazzo in preda a una forte angoscia che aveva cominciato a vedere immagini scorrere rapidissime sulla parete di fronte al lettino senza poterle cogliere. Alla richiesta dell'analista, comprensibilmente smarrito, che chiedeva come interpretare, Bion risponde spostando l'attenzione sull'importanza che il paziente riesca a vedere sulla parete della stanza d'analisi qualcosa, «per quanto terrificante e intollerante essa sia».<sup>8</sup>

A volte sono figure e visioni, vissute dal paziente per lo più come estranee a sé, ma alle quali è importante dare asilo, in quanto tessere di una narrazione preziosa, come tutto ciò che prende forma e viene così restituito a una dinamica liberata dalle maglie della ripetizione coatta che il trauma trascina con sé.

Una mia giovane paziente, picchiata da bambina da un padre violento e abusante, alternava in seduta silenzi carichi di vergogna a piccoli ma precisi movimenti di controllo della mia persona. D'improvviso, cominciò a vedere uccelli neri che entravano minacciosi nella stanza di analisi. A questo seguì un'immagine onirica di una tastiera per scrivere aggredita da vermi che ne distruggevano i caratteri. Fu un momento di snodo del percorso analitico. Il sogno le rivelò che le violenze subite avevano minato la funzione mentale che l'avrebbe resa capace di scrivere e di descrivere, innanzitutto a se stessa, sentimenti e pensieri. E soprattutto sperimentò che la visione e il sogno erano prodotti della sua mente: li aveva fatti proprio lei; e dunque si stava riappropriando delle proprie capacità elaborative e creative, e cominciava perciò a potersi differenziare dalle modalità intrusivamente distruttive subite e poi riprodotte nel suo funzionamento. Iniziava l'arduo cammino, di tutta una vita, dell'assunzione di responsabilità della propria persona.

A volte accade che sia il senso di colpa di colui che ha aggredito, insieme al suo odio scaturito dal fatto stesso di sentirsi in colpa, a presentarsi chiedendo conto al paziente, che avrà bisogno di prendersi tutto il tempo necessario per orientarsi tra i lasciti dell'identificazione con l'ag-

<sup>8</sup> W.R. Bion, *Seminari Clinici. Brasilia e San Paolo* [1987], a cura di F. Bion, Milano, Cortina, 1989, p. 104.

gressore e gli oggetti interni non-Sé, i corpi estranei ereditati dall'*impingement*, dalla violenta pressione intrusiva del trauma.

C'è dunque un tessuto narrativo del trauma, che può svolgersi in modi e livelli diversi, a partire dal corpo e poi attraverso frammenti e schegge oniriche che sono però già in qualche modo racchiuse e tenute in una mente che può iniziare a rappresentarle, fino a sogni più compiuti quando l'analisi progredisce.

Questi che ho descritto sono momenti assai ardui dell'analisi, che a volte si presentano inaspettati all'analista stesso; e sarà molto importante coglierli, dal momento che, se la persona traumatizzata non avverte un sentimento di accoglienza da parte del terapeuta, si ritirerà nel guscio corazzato della difesa. Sarà come se egli rivivesse la terribile sensazione di solitudine e disconoscimento di ciò che ha provato.

Ho finora cercato di descrivere lo scenario dei traumi di abuso inferti, diciamo così, per eccesso; la ferita lacerante. Ma non dobbiamo dimenticare l'effetto traumatico prodotto dalla mancanza di accudimento e di rispecchiamento primario, la ripetuta trascuratezza nei confronti dei bisogni di base del bambino o della bambina: quando lo sguardo non restituisce il suo esistere, non conferma la realtà del suo stesso sentire; quando, al posto della funzione di *rêverie* dell'oggetto primario, capace di accogliere il marasma fisico ed emotivo, restituendolo depurato, digerito e poi nominato, il bambino o la bambina registra invece l'assenza, la non permeabilità, la durezza del contenitore del *caregiver*. Parliamo allora di esperienze traumatiche per difetto: la *basic fault* (come la definisce M. Balint).<sup>9</sup> Questa mancata integrazione all'inizio della vita, della relazione duale tra madre e bambino, si manifesterà in seguito con fratture nella continuità del sentimento e senso di Sé, in terrore e angosce senza nome, nel ventaglio dei sintomi depressivi di vuoto e di morte: la *sindrome della madre morta*, come la chiamerò A. Green.<sup>10</sup>

Un'ultima suggestione, che prendo in prestito da Wilfred Bion, uno psicoanalista nato in India e vissuto in Inghilterra e poi in Brasile, che ha dato un contributo fondamentale allo studio della capacità di pensare, e alla relazione nel processo analitico. Nella sua autobiografia, *La lunga attesa* (1986), racconta di quando, non ancora ventenne, si trovò catapultato nell'orrore della Prima guerra mondiale. Scrive: «Sono morto l'8 agosto 1918, sulla strada di Amiens-Roye».<sup>11</sup> *Sono morto*. Questi due termini ci dicono che il trauma, anche se consapevolmente rivissuto e riorganizzato, non passa. Non dice: è come se fossi morto. Il ragazzo

<sup>9</sup> M. Balint, *The Basic Fault. Therapeutic Aspects of Regression*, London, Tavistock, 1968.

<sup>10</sup> A. Green, *Narcisismo di vita narcisismo di morte* [1983], trad. it. di L. Felici Montani, Roma, Borla, 1992.

<sup>11</sup> W.R. Bion, *La lunga attesa. Autobiografia 1897-1919* [1982], a cura di F. Bion, Roma, Astrolabio, 1986, p. 280.

che ha vissuto quel momento terribile durante la guerra, il momento in cui ha sentito di morire, rimane in lui. L'adulto ne può però parlare e può consegnarlo a noi tutte e tutti che lo leggiamo e che anche così impariamo da lui.