



Centro di Psicoanalisi Romano
(Società Psicoanalitica Italiana)

IL SOGGETTO NEI CONTESTI TRAUMATICI

Scritti di B. Bonfiglio, S. Bordi, A. Correale,
F. Gazzillo, G. Goretti, V. Lingiardi,
A.M. Nicolò, M. Rossi Monti, S. Seligman

Prefazione di Giuseppe Moccia



Psicoanalisi contemporanea: sviluppi e prospettive

FrancoAngeli

1215. Psicoanalisi contemporanea: sviluppi e prospettive

Collana coordinata da:

Anna Maria Nicolò Corigliano e Vincenzo Bonaminio

Comitato di consulenza:

Carlo Caltagirone, Antonello Correale, Antonino Ferro e Fernando Riolo

La Collana intende pubblicare contributi sugli orientamenti, i modelli e le ricerche in psicoanalisi clinica e applicata. Lo scopo è quello di offrire un ampio panorama del dibattito attuale e di focalizzare progressivamente le molteplici direzioni in cui questo si articola.

Come punti di intersezione di questa prospettiva vengono proposte opere italiane e straniere suddivise nelle seguenti sezioni:

1. Metodologia, teoria e tecnica psicoanalitica
2. Il lavoro psicoanalitico con i bambini e gli adolescenti
3. Temi di psicoanalisi applicata
4. Studi interdisciplinari
5. Dibattiti psicoanalitici

La Collana si rivolge quindi a psicoanalisti, psicologi, psichiatri e a tutti coloro che operano nel campo della psicoterapia e della salute mentale.

L'ampia prospettiva in cui la Collana è inserita risulta di interesse anche per lo studioso di neuroscienze, linguistica, filosofia e scienze sociali.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati
possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page
al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

**Centro di Psicoanalisi Romano
(Società Psicoanalitica Italiana)**

**IL SOGGETTO NEI
CONTESTI TRAUMATICI**

**Scritti di B. Bonfiglio, S. Bordi, A. Correale,
F. Gazzillo, G. Goretti, V. Lingiardi,
A.M. Nicolò, M. Rossi Monti, S. Seligman**

Prefazione di Giuseppe Moccia

FrancoAngeli

Il presente volume è stato curato su incarico dell'Esecutivo del Centro di Psicoanalisi Romano dal Comitato di redazione composto da:

Giovanni Meterangelis
Giuseppe Moccia
Cristiana Pirrongelli
Luigi Solano (coordinatore)

Copyright © 2010 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Prefazione, di Giuseppe Moccia	pag. 9
1. Attualità del trauma	» 9
2. Fenomenologia e psicodinamica del trauma	» 11
3. Freud e le due teorie del trauma	» 13
4. Trauma, sentimento di sé e senso di realtà	» 17
Bibliografia	» 22

Introduzione, di Giovanni Meterangelis, Cristiana Pirrongelli, Luigi Solano	» 25
--	------

Parte prima

Teoria del trauma e genesi dei legami traumatici

1. Trauma e abusi infantili: teorie della dissociazione e teorie della rimozione, di Sergio Bordi	» 33
Bibliografia	» 49
2. Concezioni dell'uomo e teorie del trauma, di Giovanna Goretti	» 52
1. "Andare all'oggetto" (Green, 1985)	» 57
2. I simboli dell'evento separativo: fort-da; baby o-o-o; x; x+y; x+y+z	» 62
3. Situazioni diverse relative alla qualità catastrofica del sentirsi perso	» 67
Bibliografia	» 71

3. Identificazione proiettiva e asimmetrie coercitive nelle interazioni bambino-genitore: un'applicazione convergente degli approcci kleiniano e intersoggettivista, di Stephen Seligman	pag. 73
1. Psicoanalisi kleiniana: assunti centrali e psicologia bi-personale	» 73
1.1. Il concetto di identificazione proiettiva	» 74
2. Infant observation research e pensiero clinico psicoanalitico: uno sfondo selettivo	» 75
2.1. Implicazioni per le teorie attuali della struttura psichica e l'“inconscio”	» 78
3. Applicazioni cliniche e teoriche: asimmetrie patologiche nelle interazioni bambino-genitore traumatiche e il concetto di identificazione proiettiva	» 78
4. Illustrazione di un caso: Daniel e suo padre, all'età di tre giorni	» 79
5. Identificazioni proiettive e asimmetrie coercitive nel primo sviluppo: fantasie, strutture interattive non-verbali e trasmissione intergenerazionale del trauma	» 80
5.1. Proiezione e identificazione come fenomeni bi-personali	» 80
5.2. Identificazione come fenomeno bi-personale	» 80
5.3. Identificazione proiettiva come fenomeno bi-personale	» 81
5.4. “Identificazione con l'aggressore” come concetto intersoggettivo/interattivo	» 82
6. Alcune implicazioni teoriche e cliniche relative all'integrazione della ricerca osservativa genitore-bambino con concetti kleiniani	» 82
6.1. Teoria pulsionale psicoanalitica ed esperienza corporea del bambino	» 84
7. Riconoscimento e pensiero auto-riflessivo nei processi evolutivi e clinici: verso un'integrazione dei modelli post-kleiniani e intersoggettivisti sul trauma precoce e la psicopatogenesi	» 85
7.1. Bion e gli impedimenti al pensiero riflessivo	» 85
7.2. Caratteristiche comuni tra Bion e le innovazioni attuali	» 86
8. Implicazioni cliniche del considerare le “identificazioni proiettive” degli adulti come ripetizioni di relazioni coercitive nella prima infanzia	» 87

9. Conclusione	pag. 91
Bibliografia	» 92

Parte seconda
Ripetizioni e riparazioni delle memorie traumatiche
nella stanza d'analisi

4. I vincoli delle situazioni traumatiche alla costruzione della soggettività, di Basilio Bonfiglio	» 99
1. Modelli di sviluppo	» 104
2. Ambiente – Funzionamento diadico	» 105
3. Una vicenda clinica	» 107
4. Funzioni dell'analista	» 112
5. Cos'è traumatico?	» 115
Bibliografia	» 116
5. Terrore della speranza e umanizzazione nell'analisi di due pazienti traumatizzati, di Vittorio Lingiardi e Francesco Gazzillo	» 120
1. Note di background teorico	» 124
2. Due esemplificazioni cliniche: Giancarlo e Giovanna	» 130
3. Conclusioni	» 143
Bibliografia	» 144

Parte terza
Trauma e vie di ingresso nella psicosi

6. Borderline: come differenziarsi dall'oggetto traumatico?, di Antonello Correale	» 151
1. Introduzione	» 151
2. La relazione traumatica	» 152
3. Il senso di vuoto	» 155
4. La speranza	» 157
5. Il trattamento analitico	» 159
Bibliografia	» 163
7. Esordi: come sopravvivere ad un funzionamento traumatico, di Anna Maria Nicolò	» 166

1. Quale trauma per il breakdown?	pag. 166
2. Quali traumi per il breakdown?	» 168
3. Le difese post-traumatiche	» 171
4. Modalità perverse per esistere	» 173
4.1. Commento	» 177
5. Curarsi nell'altro	» 179
5.1. Commento	» 182
6. Conclusioni	» 185
Bibliografia	» 185
8. Trauma e deliri transitori borderline, di Mario Rossi	
<i>Monti</i>	» 188
1. Tre domande	» 188
2. I borderline delirano? E se sì, come?	» 189
3. Questa non è una pipa	» 192
4. Quale funzione svolge il delirio borderline?	» 195
5. Trauma e traumaticità borderline	» 196
Bibliografia	» 198
Gli autori	» 201

Prefazione

di Giuseppe Moccia

“Sogno mortu e ancora hai a muriri”
Anonimo siciliano del XV secolo

1. Attualità del trauma

Nella tradizione psicoanalitica la concezione del trauma e dei suoi effetti patogenetici nel funzionamento mentale e nello sviluppo dell'individuo è stata a lungo questione controversa e di difficile soluzione unitaria nella diversa enfasi assegnata al ruolo giocato dalla realtà esterna o dalla realtà interna, dalla realtà oggettiva o dalla fantasia, dall'evento o dall'esperienza.

Il tema è tornato oggi di attualità per ragioni sociali e scientifiche. Il riconoscimento della diffusione dell'abuso infantile in tutti i ceti sociali non ha solo messo in crisi la fiducia nelle agenzie preposte alla protezione dell'infanzia ma, più in generale, ha fatto venir meno l'illusione che lo sviluppo economico coincida con una espansione progressiva delle libertà e delle tutele individuali. La persistenza nel mondo contemporaneo della violenza sulle donne e sui bambini, dell'intolleranza, della tirannia del più forte, della miseria e della mancanza di tutela dei deboli, hanno riproposto alla coscienza delle opinioni pubbliche progressiste occidentali la crisi del sistema delle garanzie sociali e l'universalità dei fenomeni di scissione e negazione dell'umano alla base di quanto Freud definì “la follia dell'uomo”. Di qui il nuovo richiamo ad un'idea dello sviluppo economico non disgiunto dai valori di libertà individuale e soprattutto dal principio di responsabilità: “Dato che viviamo tutti insieme, non possiamo sottrarci all'idea che, in ultima analisi, le terribili cose che vediamo accadere intorno a noi siano problemi anche nostri. Sono responsabilità *nostra* che esista o meno anche qualcun altro con cui condividerla” (Sen, 2000).

Per quanto riguarda il trauma infantile si è registrato un interesse crescente per il fenomeno del recupero dei ricordi di abuso stimolato dal ritardo con cui ci si è resi conto che l'abuso sessuale infantile esiste nella società occidentale e dal dolore e la vergogna sociale per la diffusione del fenome-

no. Negli Stati Uniti ad esempio, a metà degli anni '90, sono stati segnalati, in soli due anni, 10.000 casi di abuso sessuale nell'infanzia e di recente la tendenza alla denuncia è ripresa con nuovo vigore. Tuttavia le cose si sono complicate con la scoperta che accanto al fenomeno del recupero di ricordi di abuso, ormai di proporzioni quasi epidemiche, ce ne è un altro, altrettanto inquietante per i ricercatori, che è quello dei falsi ricordi di abuso, codificato addirittura in una sindrome (sindrome delle false memorie), strettamente legata alla azione suggestiva del contesto intersoggettivo e culturale in cui vive il soggetto (Weiskrantz, 1997). Così nonostante la maggior parte degli psicoanalisti e degli psichiatri sia consapevole della differenza, osservabile nella clinica, fra un abuso veramente accaduto ed un altro solamente fantasticato, la questione della veridicità del recupero delle memorie traumatiche continua ad essere altamente controversa.

Il tema del trauma dunque riguarda anche quello più generale di una concezione eziopatogenetica del disturbo mentale che, nella dialettica fra influenze ambientali e determinanti istintuali, eviti sia i rischi di riduzionismo biologico sia i rischi di un ambientalismo ingenuo (Semi, 2006). In questa direzione vanno anche i recenti contributi delle neuroscienze sulla memoria: il riconoscimento che la memoria non è semplicemente duplicativa o riproduttiva, una registrazione permanente dell'evento, ma piuttosto costruttiva e categoriale (Edelman, 1987). Ulteriori acquisizioni hanno mostrato che le esperienze traumatiche sono iscritte in diversi sistemi di memoria, in diverse codificazioni, simboliche e non simboliche, in dipendenza diretta dalle condizioni emotive del soggetto al momento del trauma e sono oggetto di successive ritrascrizioni, come Freud aveva anticipato con la sua nozione di *nachtraglichkeit*.

Anche l'evidenza empirica del potenziale ruolo patogeno di un trauma nella maturazione del cervello (Schore, 2003) e la distinzione diagnostico-descrittiva, operata dal DSM-IV, fra due esiti dell'evento traumatico, uno acuto e l'altro post-traumatico, hanno riproposto l'esigenza di trovare una sistemazione sufficientemente coerente alla concezione del trauma individuando con precisione la natura della situazione traumatica, le differenze fra trauma massivo e cumulativo, dell'infanzia o della vita adulta e il ruolo giocato dalla predisposizione individuale, dagli aspetti simbolici e dalle implicazioni conflittuali intrapsichiche individuali della situazione traumatica.

Dalla clinica psicoanalitica inoltre provengono crescenti evidenze di patologie caratterizzate dalla crisi della simbolizzazione, dal fallimento della funzione di segnale degli affetti e dall'azione concomitante della scissione più che della rimozione. Osservazioni di disturbi d'ansia e di personalità che ci pongono in contatto con mondi alessitimici, dal tessuto psichico opaco, ottuso, e al tempo stesso rigido, passibile di lacerarsi d'improvvi-

so, quasi in forma emorragica e non già attraverso un disvelamento di idee, rappresentazioni sospinte lontano dalla coscienza in ragione del processo rimotivo. Manifestazioni improvvise e fuori contesto di stati emotivi catastrofici, difficoltà di riconoscere, nominare e modulare gli affetti, oppure regolazioni patologiche caratterizzate da inibizione dell'attività fantastica ed immaginativa e generale ottundimento-congelamento delle emozioni. Una insufficienza di rappresentazione simbolica, che richiede spiegazioni patogenetiche congruenti con i modelli psicoanalitici del trauma piuttosto che con quelli del conflitto intrapsichico.

Non stupisce quindi, la ripresa di interesse della ricerca psicoanalitica per le intuizioni iniziali di Freud e di Ferenczi (Freud, 1892-1895; Ferenczi, 1933) sulla psicodinamica del trauma e dei percorsi di soggettivazione, il crescente rilievo attribuito ai processi di modellamento della mente e dello sviluppo del senso di sé attraverso le continue *regolazioni affettive* madre-bambino, sull'importanza delle difese dell'Io contro la percezione che genera angoscia (Freud, 1925), in un clima generale di cambiamento delle linee teoriche esplicative dello psichismo e della formazione della struttura che assegna una importanza crescente alle diverse sfumature delle influenze ambientali e alle loro rappresentazioni presimboliche e simboliche.

2. Fenomenologia e psicodinamica del trauma

La fenomenologia del soggetto traumatizzato è sufficientemente riconosciuta: Krystal la riassume così:

“... uno stato di paralisi, di sopraffazione, con immobilità, ritiro, possibile depersonalizzazione e segni di disorganizzazione... può presentarsi una regressione in qualsiasi ambito... della funzione mentale e dell'espressione degli affetti. La regressione è seguita da tentativi caratteristici di recupero mediante la ripetizione, da sogni caratteristici, e infine da sindromi nevrotiche, caratterologiche, psicosomatiche. La cosiddetta nevrosi traumatica è *soltanto uno dei molti strascichi possibili della traumatizzazione*” (Krystal, 1988-93).

Qui sono descritti i due esiti del trauma: uno, caratterizzato da agitazione e disturbi della coscienza, insorge nell'esperienza corrente dell'evento traumatico, l'altro, successivo al trauma, ha un andamento cronico ed è caratterizzato da inibizioni cognitive ed affettive, evitamento dell'intimità affettiva, vergogna per la propria sottomissione e per l'incapacità di affermarsi. Sono presenti inoltre, come tentativo di raffigurare l'esperienza traumatica, una ipervigilanza relazionale nel timore di ripetere il trauma, incubi frequenti e scoppi di aggressività incongrua.

Mentre il trauma adulto ed il trauma infantile si differenziano per la presenza in quest'ultimo di disturbi della memoria, il tratto comune al trauma acuto e alle sequele postraumatiche del trauma è il disturbo delle funzioni che presiedono all'informazione affettiva. Questa condizione rappresenta l'esito di un processo psicodinamico che inizia con la esposizione del soggetto ad una situazione intollerabile e non elaborabile di impotenza soggettiva che provoca uno o più affetti sopraffacenti, potenzialmente disorganizzanti per le funzioni psichiche. Una "catastrofe psichica" (Bion, 1965) che genera una iniziale reazione di allarme, mediata dalle componenti simpatiche del sistema nervoso autonomo, spesso espressa con pianti, urla e iperattività, alla quale segue, quando il soggetto riconosce che questa non trova risposta, la scissione della coscienza, concetto simile a quello di dissociazione, attraverso la quale egli si distacca dagli stimoli e si ritira nel proprio mondo interno. Lentamente si instaura una condizione, mediata dal sistema nervoso parasimpatico (Schore, 2003), definibile come una assenza di soggettività che può arrivare fino alla morte psicogena e caratterizzata da immobilità, ritiro, obnubilamento, condiscendenza e restrizione affettiva.

Caratteristica del contesto traumatico è l'assenza di modulazione affettiva reciproca dovuta alla attività della dissociazione in ambedue i soggetti. Il campo intersoggettivo ne è come disarticolato: l'abusante è incapace di empatizzare con la vittima in quanto la usa per proiettare in essa i propri contenuti psichici ripudiati; la vittima, d'altra parte, quando riconosce il fallimento del proprio "segnale di trauma", rinuncia ad esprimere gli affetti e assimila i contenuti psichici dell'abusante, attraverso la scissione e l'identificazione, sottomettendosi nel tentativo di evitare lo sviluppo della angoscia di annichilimento.

La scissione dunque e il diniego congiunto della drammaticità del trauma rappresenta un tentativo estremo di preservare una parte della mente indenne, come un espediente di sopravvivenza, che permetterà col tempo, mediante la ripresentificazione sintomatica del trauma, una più o meno parziale reintegrazione.

Il trauma infantile, stante la scarsa differenziazione del bambino dall'oggetto, l'im maturità, la presenza prevalente del processo primario nella ideazione e la dipendenza da funzioni regolatrici esterne, assegna all'esperienza traumatica un carattere ancora più catastrofico per l'impossibilità di ricorrere ad oggetti calmanti non ancora introiettati. Così il bambino, a differenza dell'adulto, non può usare gli affetti per segnalare il trauma e li sperimenterà invece in forma sopraffacente per la natura primitiva degli affetti e del suo funzionamento mentale. Per M. Kahn la concezione freudiana di trauma come breccia nello scudo protettivo contro gli stimoli va estesa ad un disturbo precoce della relazione madre-bambino nel quale vengono

meno le funzioni della madre come scudo protettivo. L'ansia di essere annichilito, la minaccia alla sopravvivenza e all'integrità del corpo, espressa attraverso un pianto disperato, segnalano la rottura nel bambino della "potenzialità ereditata di sentire la continuità dell'esistenza" (Winnicott, 1965) e assumono una qualità di infinità per l'assenza della dimensione del tempo nella psiche del bambino. A questo quadro di iperattività clamorosa che segnala il terrore mortale di fronte alla perdita di accudimento seguirà lo sviluppo graduale di uno stato di congelamento (Fraiberg, 1982), una condizione catatonoida secondo il modello della resa: un "... adattarsi al ruolo di oggetto morto... l'opposto dell'essere vivo..." (Winnicott, 1965).

Questo scenario esiterà, nell'adulto, come effetto postumo del trauma, in una alterazione della soggettività caratterizzata da una sorta di cecità per la propria realtà psichica. I disturbi dell'empatia, le difficoltà di valutazione dei propri stati somatici e dei pericoli esterni ed interni, il deficit di contenimento della intensità e durata degli affetti, la perdita delle memorie autobiografiche, il blocco dell'iniziativa e della volontà, ed una aspettativa ansiosa e preriflessiva di ripetere il trauma che aumenta le difese contro le emozioni e le relazioni interpersonali sono alcuni dei principali sintomi di questa condizione.

3. Freud e le due teorie del trauma

La questione dell'etiologia delle nevrosi e del ruolo causale giocato dalla realtà materiale impegnò a lungo Freud nella costruzione della teoria psicoanalitica a partire da *Studi sull'isteria* (Freud e Breuer, 1892-95) e nei lavori degli anni successivi. Nella sua prima teoria etiologica Freud sembrava credere nella realtà della seduzione infantile assegnando, in analogia con le nevrosi traumatiche, il ruolo di agente causale delle nevrosi ad un trauma psichico dell'infanzia: "L'episodio di cui il soggetto ha conservato il ricordo inconscio è una aggressione sessuale effettuata da un'altra persona...esperienza sessuale passiva prima della pubertà" (Freud, 1896). Il ricordo dell'esperienza traumatica e gli affetti ad esso associati non potevano poi essere integrati o in ragione di una intenzionale rimozione dal pensiero cosciente di qualcosa che il malato voleva dimenticare o per la natura stessa del contesto traumatico e delle esperienze psichiche che con esso coincidevano. Il fenomeno isterico era legato quindi alla inelaborabilità del trauma sia per la natura del trauma stesso che escludeva una reazione, sia per fattori interni connessi allo stato del soggetto durante il trauma. "Emozioni gravemente paralizzanti" indotte dal trauma o l'esistenza di alterate condizioni di coscienza (lo stato ipnoide) rendevano "impossibile una

reazione all'evento" e la scissione della coscienza eliminava le rappresentazioni patogene. Il ricordo e le emozioni traumatiche restavano così come "... un corpo estraneo..." un agente "... efficiente anche molto tempo dopo la sua intrusione" (Breuer e Freud, 1892-95). L'adulto che aveva subito da bambino una seduzione sessuale si trovava così a soffrire di affetti, percezioni e idee intollerabili e non compatibili con la massa centrale di pensieri e sentimenti che costituivano l'esperienza di sé. Queste si manifestavano invece in una condizione seconda, in stati anormali di coscienza molto simili a quelli dell'odierno disturbo post-traumatico da stress.

La visione di Freud del rapporto fra ambiente e psicopatologia era dunque complessa fin dall'inizio. La centralità etiologica era assegnata al significato soggettivo dell'esperienza e ai suoi aspetti inconsci, alla reazione della persona al trauma piuttosto che alla realtà oggettiva di un evento. Si intravedono qui le prime anticipazioni di quello che diventerà il dominio della indagine psicoanalitica: *la realtà psichica*. Quanto percepiamo del mondo oggettivo è in parte costruito dal nostro stato mentale, da una dialettica fra realtà esterna ed interna, percezione e fantasia, evento ed esperienza. "Nella nevrosi traumatica, infatti, non la lesione fisica in sé modesta è la vera causa della malattia, ma lo spavento. Può agire come trauma qualsiasi esperienza provochi gli affetti penosi del terrore, dell'angoscia, della vergogna, del dolore psichico" (Freud e Breuer, 1892-95). Qui era introdotta la nozione di un affetto talmente sopraffacente da minacciare l'integrità stessa dell'Io. L'essenza del trauma dunque risiedeva, in questa prospettiva, nella esposizione ad una situazione intollerabile di impotenza soggettiva che provocava uno o più affetti pervasivi, potenzialmente disorganizzanti per le funzioni psichiche. Il riconoscimento della propria impotenza di fronte al pericolo poteva introdurre poi a quella condizione di dissociazione e di stati anormali di coscienza, allo scollamento fra percezione ed esperienza affettiva che oggi sappiamo rappresentare l'estrema difesa nelle condizioni di impotenza di fronte ad un pericolo inevitabile.

Tuttavia sarebbe erroneo ritenere che Freud, da questa prospettiva, abbia sostenuto l'influenza causale della cultura, il modellamento della mente da parte dell'esperienza. Certamente Freud si pose contro l'opinione corrente dei suoi tempi che l'isteria fosse dovuta ad una causa degenerativa. Tuttavia adottò contemporaneamente e talora nelle stesse pagine, accanto a questo modello economico, un opposto modello dinamico-genetico che spostava invece l'accento dalla cultura alla natura: il modello della dinamica degli impulsi inaccettabili. "Condizione indispensabile per l'acquisizione dell'isteria sembra essere il fatto che si determini un rapporto di incompatibilità tra l'Io e una rappresentazione che ad esso si presenti. Il momento vera-

mente traumatico quindi è quello nel quale la contraddizione s'impone all'Io e l'Io stesso decreta il bando della rappresentazione contraddicente”.

In linea con questa concezione sembra essere la sua cosiddetta svolta del 1897 annunciata con la famosa lettera a Fliess del 1897 (Non credo più ai miei *neurotica*) nella quale, partendo dalla constatazione che “non esiste un dato di realtà nell'inconscio dimodoché è impossibile distinguere fra verità e finzione investita d'affetto”, si rivolgeva definitivamente e completamente ad un altro ordine di realtà, la realtà psichica, e poneva al centro della esplorazione psicoanalitica la nozione di fantasia e di sessualità infantile. La sessualità non era traumatica soltanto quando introdotta dall'esterno, c'era qualcosa di problematico nella natura stessa della sessualità umana, qualcosa che generava *après-coup*, col sopraggiungere della pubertà, conflitti inevitabili ed universali; questo qualcosa risaliva all'emergere durante l'infanzia di una sessualità necessariamente traumatica perché eccedente le capacità del bambino di elaborarla: “non scopriamo altro che moti pulsionali che il bambino non riesce a soddisfare e che non è abbastanza grande per padroneggiare, insieme alle fonti da cui scaturiscono” (Freud, 1914).

Freud oscillò per tutta la vita fra questi due modelli e pensò di averli conciliati con la sua seconda teoria dell'angoscia (Freud, 1925) nella quale il diverso tipo di angoscia implicata permetteva di distinguere le situazioni traumatiche dalle situazioni solo patogene. Qui egli differenziava un'angoscia segnale, timore di perdere l'oggetto a causa del montare della spinta pulsionale, cui l'Io reagisce con la rimozione, da una angoscia automatica che segnala invece il fallimento della rimozione, dovuto all'impotenza biologica (*hilflosigkeit*) del bambino di fronte alla perdita dell'oggetto, e caratterizzata dall'inondazione dell'apparato psichico da parte di una eccitazione con potenzialità disorganizzanti per la psiche. Oggi sembra a noi più sostenibile che il modello economico spieghi pienamente le alterazioni della soggettività determinate dal contesto traumatico mentre il modello dinamico conflittuale è più adatto a spiegare le patologie del conflitto intrapsichico (Bordi, 1999, riprodotto in questo volume). Ma forse la coesistenza di questi due modelli del trauma psichico nel pensiero freudiano riflette il tentativo di Freud di cogliere quel “paradosso della duplice natura dell'uomo” (Greenberg e Mitchell, 1983), quel suo essere altrettanto radicato nella natura e nella società che dà ragione dell'irriducibile dialettica fra realtà materiale-realtà psichica, dell'azione contemporanea e complementare di fattori esterni ed interni, costituzionali ed ambientali. Qualcosa che oggi permea le moderne concezioni della formazione della struttura psichica come tessitura relazionale fra il contributo temperamentale del bambino e il sistema di cure della madre.

Freud dunque non rinunciò mai ad attribuire importanza al trauma ambientale durante l'infanzia e all'importanza delle determinanti ambienta-

li nella formazione della struttura, come dimostrano ad es. i suoi concetti di sviluppo del narcisismo infantile in appoggio a quello dei genitori, di identificazione primaria, di alterazione e scissione dell'Io (Freud, 1914, 1915, 1921, 1938).

Tuttavia per molti anni dopo la sua morte divenne prevalente la sua seconda concezione del trauma e l'importanza causale nello sviluppo delle nevrosi di esperienze emotivamente traumatiche nel corso dell'infanzia si perse. Una probabile ragione risiede nel fatto che molti analisti postfreudiani erano convinti che solo nella teoria della sessualità infantile e degli impulsi inaccettabili e inevitabilmente conflittuali si potessero rintracciare i veri elementi della vita individuale profonda di ognuno, i processi autonomi e indipendenti dagli eventi esterni reali al di sotto di un più superficiale funzionamento culturale e adattivo. Per altri (Fonagy, 1997), invece, la trasformazione di una dialettica in una dicotomia tra realtà materiale e realtà psichica è da attribuire all'enfasi posta dalla psicoanalisi postfreudiana sul concetto di fantasia inconscia e sulla convinzione, non avvalorata da prove empiriche, che la mente del bambino non distinguesse fra fantasie ed eventi reali e che le relazioni familiari fossero in larga parte il terreno sul quale erano proiettate le fantasie primitive del bambino, cosicché la fantasia esercitava una azione distortente sull'apprezzamento della realtà¹. Oggi siamo più avvezzi all'idea che la fantasia rappresenti anche un tentativo di raffigurare le regole condivise della comunicazione affettiva (il conosciuto non pensato) (Bollas, 1987), iscritte in maniera presimbolica, come "cosa" che permane nella mente e che condiziona per tutta la vita il comportamento e l'espressione affettiva dell'individuo. Per Bollas ad esempio: "La fantasia dà alcune rappresentazioni mentali al conosciuto non pensato ma non basta a elaborare il conosciuto non pensato e questa potenzialità della fantasia a volte ne esprime i limiti" (Bollas, 1987). Per Meares le fantasie esprimono il tentativo di rappresentare il trauma iscritto nella memoria implicita come impressioni, immagini, affetti ed impulsi ad agire (Meares, 2000). In gene-

¹ Freud invece non accettò mai l'alternativa fra una posizione nella quale la fantasia era opposta alla realtà, prodotta esclusivamente dalla forza della libido (Freud, 1911) e un'altra nella quale la fantasia isterica era piuttosto derivata dal ricordo di eventi reali e dalla quantità di stimoli ambientali di natura sessuale che stimolavano la libido (Freud, 1914).

Si veda anche nella lettera a Fliess dell'aprile 1897: "Mi riferisco alle fantasie isteriche che...ritornano regolarmente alle cose che il bambino ha udito nella prima infanzia e delle quali solo più tardi ha compreso il significato". Fantasie formate con materiale tratto dalla realtà e utilizzate come "strutture difensive, sublimazioni" contro il ricordo di scene primarie: "... facciate psichiche costruite sulla base di cose udite e successivamente (*nachtraglich*) utilizzate; e quindi combinano esperienze vissute e cose udite, fatti passati (dalle vicende dei genitori e degli antenati) e cose viste coi propri occhi".

rale nella psicoanalisi odierna la distinzione fra fantasia e realtà non è più così netta. Da questo punto di vista che ha inizio con Winnicott la fantasia è connessa alla immaginazione attraverso la quale il bambino va incontro alla realtà. Fantasia e realtà non sono alternative ma al contrario esse si articolano e si creano a vicenda. La stessa idea che le opposte concezioni dell'eziopatogenesi dipendano da opposte concezioni filosofiche sulla natura umana (l'uomo è essenzialmente un animale individuale che cerca il proprio piacere, l'uomo è essenzialmente un animale sociale che realizza sé stesso solo nell'ambito di una collettività) tende oggi ad essere superata dai contributi non trascurabili del pensiero postmoderno: "L'opinione che esistano delle pulsioni isolate oppure una cultura autonoma non è più sostenibile. Di fatto, lo stesso concetto di 'natura' (nonché quello di cultura) adottato in ogni momento storico si può meglio considerare come frutto di una costruzione" (Mitchell, 1993).

4. Trauma, sentimento di sé e senso di realtà

Il concetto di M. Kahn di trauma cumulativo introduce ad un altro tipo di contesto traumatico diverso da quello contrassegnato dal trauma massivo. Per Kahn il trauma cumulativo "agisce silenziosamente per tutta l'infanzia fino all'adolescenza..." come risultato del fallimento materno nel proteggere il bambino da una varietà di circostanze avverse. Egli lasciò però imprecisato la natura dell'effetto patogeno allargandola ad una quantità di frustrazioni che espongono il bambino all'affetto sopraffacente. In realtà, dalle evoluzioni della teoria psicoanalitica (concetti di *reverie* e di holding) e dalle osservazioni e le ricerche sull'infanzia, appare chiaro che l'effetto patogeno del trauma risiede invece in una carenza di funzioni trasformative del segnale affettivo doloroso emergente dalla breccia nello scudo protettivo: funzioni regolatrici degli affetti, della rappresentabilità e dei processi di integrazione mente-corpo. Pertanto l'essenza del trauma infantile risiede nel fatto che il contesto relazionale non solo introduce l'abuso ma è anche incapace di riparare le reazioni dissociative attivate dal trauma.

Di questa ultima concezione Ferenczi fu per molti versi il precursore. Infatti, per quanto a volte egli sembrasse considerare il recupero dei ricordi di abuso come veritieri, in altri, al contrario, assegnava alle ricostruzioni una funzione riparativa per il sentimento di sé e il senso di realtà del paziente. La sua concezione del trauma infatti era complementare a quella di Freud. Così, mentre il primo si concentrava sull'indagine dei meccanismi intrapsichici, egli era interessato invece alle dinamiche della interazione fra individuo e ambiente circostante, sia nel senso della relazione precoce fra

bambino e genitori, sia nel senso della relazione intersoggettiva fra paziente e analista. Secondo Ferenczi il difetto nel senso di realtà era conseguenza della mistificazione dei genitori che avevano negato la realtà del trauma costringendo il bambino ad una scissione difensiva: “Nella maggior parte di traumi infantili... viene messa in atto la terapia della rimozione: ‘Non è niente’, ‘Non è successo niente’, ‘Non pensarci più’... il bambino ben presto rinuncia a sostenere la propria opinione” (Ferenczi, 1933). Per inciso va ricordato che dal punto di vista della tecnica analitica era essenziale che l’analista riconoscesse e validasse il punto di vista soggettivo dal quale il paziente ricostruiva le sue esperienze infantili. Infatti anche se tali ricordi potevano non avere nulla a che fare con un avvenimento particolare, potevano tuttavia rappresentare una costruzione che raccoglieva la memoria di esperienze infantili protratte con figure genitoriali crudeli e non empatiche (Haynal, 1993).

Nella visione di Ferenczi il potenziale patogeno di una esperienza traumatica infantile risiedeva, più che nell’abuso sessuale, nella esposizione del bambino alla patologia caratteriale dei genitori e nella sua impossibilità di sfuggire alla “introiezione dell’aggressore”, alla assimilazione nella propria struttura della incapacità di modulare gli affetti presente nelle cure genitoriali. La preconditione per una simile identificazione era la scissione della propria esperienza viscerale, sensoriale ed emotiva corrente e l’assunzione nel proprio inconscio delle leggi che governavano il legame affettivo. Per conservare il legame con i genitori e proteggersi dal rischio di una ritraumatizzazione il bambino operava un drammatico adattamento precoce imperniato sulla inversione dei ruoli di accudimento, diventando un “bambino saggio” e lasciando silente la propria memoria dell’esperienza. Così anche se in seguito era in grado di ricordare, in qualche modo, le esperienze traumatiche, restava per sempre tormentato dal dubbio circa la loro realtà e in generale da dubbi sulla realtà delle proprie esperienze correnti. Era reale la propria percezione delle carenze ambientali? Legittima la propria espressione affettiva? O intrinsecamente sovraccaricante, cattiva, pazza e per questo nociva per il legame di attaccamento? Studi successivi hanno dimostrato che l’esito di questa identificazione con le risposte traumatizzanti dell’oggetto è una deviazione verso un’esperienza psichica paradossale: le risposte assunte dentro di sé attraverso l’identificazione appartengono al sé e contemporaneamente lo alienano (Green, 1985; Faimberg, 1993).

Nel soggetto che ha patito traumi infantili si instaura una sorta di divisione interna fra la sorgente della propria vita pulsionale e affettiva e la coazione automatica e incoercibile a conformarsi alla realtà psichica degli altri. Una relazione disarmonica fra due esperienze di sé che riflette l’azione di identificazioni non integrate e spesso operanti simultaneamente: una, poco

strutturata e scissa, relativa alle rappresentazioni di un nucleo primario affettivo del sé, a origine diretta dalle sensazioni del corpo, le fantasie relative e dagli affetti segnale, che trovava voce solo in occasionali manifestazioni di rabbia, l'altra che riflette le sue identificazioni con le strategie difensive e le risposte dei suoi genitori alla sua espressività, costitutiva del suo falso Sé compiacente. Momentanee ma spaventose sensazioni di irrealtà e di depersonalizzazione, espressione di un'attività difensiva con caratteristiche evacuative, comparivano ogni volta che le vicende della vita facilitavano l'integrazione di spinte corporee, moventi, ed emozioni minacciose per importanti identificazioni, che per quanto esautoranti, avevano il vantaggio di garantire il legame interno con l'oggetto interiorizzato (Winnicott, 1965; Tagliacozzo, 1989).

Il carattere alienante di queste identificazioni risiede nel fatto che esse non sono del tutto integrate e che la loro realizzazione si fonda su una contemporanea scissione nel sé della verità emotiva del soggetto, delle sue percezioni, dei suoi bisogni, desideri ed intenzioni, diversamente rappresentati ma rifiutati dal narcisismo difensivo dei genitori e quindi minacciosi per la sicurezza del legame.

Nel rapporto del soggetto con sé stesso la continua esperienza di un oggetto alieno produce effetti estranianti ed invalidanti che il soggetto tenta di sopire attraverso l'attività proiettiva e il ricorso eccessivo alla aggressività e al controllo onnipotente degli oggetti. Non ci si può separare da un simile oggetto perché è traumatico non solo in quanto rifiuta di riconoscere gli affetti e la loro funzione di comunicazione e richiesta di legame, ma anche perché comanda una "cecità interiore" riguardo alle emozioni e all'angoscia scaturita da certi eventi relazionali, richiede cioè il diniego delle percezioni traumatiche e la negazione, se non il rigetto della rappresentazione dell'emozione, cosa che impone l'obnubilamento del sentimento di sé. Per dirla con i Botella l'oggetto impone, paradossalmente, "il legame nel non legame, l'oggetto nel non-oggetto" e, soprattutto introduce un senso di invalidante perdita di sé, uno stato perdurante di mortificazione, una perdita di attribuzione di valore verso la propria realtà psichica e di resa alla realtà psichica altrui (Botella e Botella, 2004, p. 161).

Questa esperienza di un sé diviso è stata riconosciuta anche da Winnicott (stranamente senza riferimenti a Ferenczi) (Winnicott, 1958; 1965) e più recentemente da Bollas (Bollas, 1987). L'investimento narcisistico del figlio da parte della madre, in una età nella quale il sé soggettivo del bambino non è ancora definito, comporta una deviazione del bambino verso l'esterno o verso contenitori ritualizzati, "il centro di gravità della coscienza si trasferisce... dal nucleo al suo involucro, dall'individuo alle cure, alla tecnica" (Winnicott, 1958). In questo caso la "logica dell'essere e del mettersi in rap-