

dicembre 2018

QUADERNI
DI PSICOANALISI &
PSICODRAMMA ANALITICO

Anno 10
numero 1-2

il TRAUMA



www.sipsarivista.it

Direttore Responsabile: Fabiola Fortuna

Comitato Scientifico: Nicola Basile, Anna Bilotta, Tiziana Ortu, Claudia Parlanti,
M. Gabriella Petralito, Paolo Romagnoli, Carmen Tagliaferri, Sebastiano Vinci

Segretaria: Nicoletta Brancaleoni
Via di Val Tellina 52 00151 Roma
n.brancaleoni@alice.it

dicembre 2018

QUADERNI
DI PSICOANALISI &
PSICODRAMMA ANALITICO

Anno 10
numero 1-2

il TRAUMA





INDICE

- p 6 Presentazione
Fabiola Fortuna
- p 9 Nel segno del trauma
Fabiola Fortuna
- p 25 Il trauma nello psicodramma freudiano
Isabelle Andreu
- p 30 Trauma in scena: oscillazioni tra reale e fantasmatico
Alice Mangiarino, Massimo Pietrasanta
- p 43 Trauma del ricordo e ricordo del trauma. Alcuni spunti di riflessione su
integrazione, ascolto e cura dei Minori Stranieri Non Accompagnati
Sebastiano Vinci
- p 58 Dal fantasma delle ossa fratturate alla funzione ortopedica del gruppo di
psicodramma analitico
Antonia Guarini, Ilenia Linciano
- p 68 I nuovi ingressi nel gruppo: elaborazione e trauma
Stefania Marinelli
- p 79 Ne approfitto perchè sono stata viziata ma dei lutti familiari mi hanno corretta:
trauma del linguaggio e direzione della cura di A.
Mauro De Angelis, Francesco Mereu, Francesca Bocchi
- p 83 Aspettando Godot: ovvero storie di un trauma invisibile
Giovanna Lorusso, Angela Maria Cotella
- p 89 Comprendere il trauma e dimensione evolutiva del transfert nel trattamento
psicoanalitico individuale e in gruppo: dalla violenza al riconoscimento dell'altro
Cinzia Carnevali, Silvia Cecchetti
- p 102 In-pressione / Ex-pressione. Il trauma alla luce del gesto
Luca Iacovino
- p 118 Un'esperienza di elaborazione del trauma in un setting analitico allargato
Anna Bilotta, Monica Torquati
- p 109 Foxtrot: quale trauma nel lutto?
Daniela Lo Tenero
- p 115 La disabilità quale trauma genitoriale: una ferita sanabile?
Daniela Mallardi
- p 139 Il corpo come palcoscenico della sofferenza: un caso clinico
Francesca Andronico

- p 164 **IL CAMPO DELL'ALTRO**
- p 165 Il trauma nelle organizzazioni: lo sguardo della psicologia del lavoro
Sefora Rosa
- p 177 Il vento non lo puoi fermare
Trauma, senso di colpa e rinascita in un romanzo di Elvira Serra
Berardo Guglielmi
- p 192 **TRAILERS**
- p 193 La vertigine che visse due volte
Piero Nussio
- p 202 *Il nastro bianco* o del trauma transgenerazionale
Maurizio Cottone
- p 204 **RECENSIONI**
- p 205 Jean M. Twenge, *Iperconnessi. Perché i ragazzi oggi crescono meno ribelli, più tolleranti, meno felici e del tutto impreparati a diventare adulti*
di Damiano Mazzotti
- p 209 Federica Maria. Ongania, *Quando manca l'amore. Le rivelazioni di Marion*
di Rosa Vitale

Norme redazionali



PRESENTAZIONE

«Una complessa teoria del tempo, della memoria e della verità» (Beneduce R., *Archeologie del trauma*, Laterza, 2010 p. 46)

è quella che la psicoanalisi ha elaborato sul concetto di trauma.

Un concetto che, a partire dalle prime intuizioni di Freud, si è via via articolato verso una sua soggettivazione. Si ritiene oggi, a seguito dell'esperienza clinica, che non esistano eventi traumatici in senso oggettivo; tuttavia nel corso di questi articoli emergono sempre storie e situazioni che parlano di vessazioni psicologiche e di violenze fisiche individuali e collettive, di abusi, di migrazioni, guerre e sofferenze sociali.

Quindi, seppure le modalità di rispondere agli eventi della vita sono assolutamente personali, c'è qualcosa dell'ordine del Reale che appare e riappare in queste storie umane.

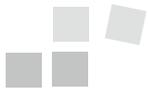
«Vi è dunque un'infinità di differenze che, prese insieme, sono costitutive dell'universale del genere umano» (E. Roudinesco, *Perché la psicoanalisi?*, Editori Riuniti, 2000, p.141).

Parlare del dolore è importante, serve potersi soffermare proprio su quella parola che cura e su ciò che da quel dolore può prodursi, almeno parzialmente, attraverso una sua elaborazione.

Questa è la forza della psicoanalisi che, mai come rispetto a questa tematica, si pone come possibilità di «ridurre il peso dei sacrifici pulsionali imposti agli uomini: riconciliarli con i sacrifici ai quali per necessità devono continuare a sottostare e indennizzarli di ciò» (Freud S., *L'avvenire di un'illusione*, Opere, vol. x, p.437)

Buona lettura a tutti

Fabiola Fortuna



Nel segno del trauma

Il trauma è un tema centrale nell'ambito della psicoanalisi che peraltro muove i suoi primi passi con lo studio e lo sviluppo della comprensione del trauma da parte di Freud e dei suoi precursori, per poi rimanere, al centro dell'interesse di molti teorici e clinici.

Trattare del trauma significa quindi anche trattare della psicoanalisi: con questo lavoro pertanto proverò, attraverso il *fil rouge* che tale concetto sottintende, cogliere alcuni dei punti cruciali del pensiero dei maggiori personaggi della psicoanalisi, arrivando a tracciare un quadro che nella sua eterogenea composizione trovi il suo valore aggiunto.

Inizio quindi proprio dal significato etimologico del termine trauma che deriva dal greco “ferita” ad esempio utilizzato in ambito medico, per indicare una lesione fisica provocata da una causa esterna.

Secondo Laplace-Pontalis¹ il trauma è un evento della vita del soggetto caratterizzato dalla sua intensità e dalla incapacità del soggetto stesso a rispondervi in maniera adeguata.

Da Charcot a Freud

Siamo agli inizi del diciannovesimo secolo e l'isteria è una patologia molto diffusa e, per le sue specifiche e particolari caratteristiche, sollecita molto la curiosità in campo medico; la questione particolarmente dibattuta è circa la natura della sua origine, organica o psichica?

Jean Martin Charcot², neuropsichiatra francese, grazie alla sua attività clinica presso l'ospedale Salpêtrière di Parigi, giunge a svincolare l'eziopatogenesi del disturbo isterico dalla concezione medievale di un eccitamento di origine uterina per conferire all'isteria lo status di patologia, classificandola tra le malattie nervose, funzionali definibili come nevrosi, distinguendola quindi dalle patologie di origine organica. Secondo Charcot infatti lo sviluppo della malattia dipende da un evento pericoloso che ha messo a repentaglio l'incolumità fisica del paziente, procurando uno spavento tale da venire riproposto come allucinazione nell'attacco isterico.

Seguendo questa linea di pensiero Charcot, a proposito della paralisi isterica, osserva che una idea o un gruppo di idee, stabilitesi per suggestione nella mente, si esprime con fenomeni motori corrispondenti, si tratterebbe del meccanismo con cui si origina spontaneamente la paralisi isterica stessa.

Oltre, però, ad una componente episodica (l'evento traumatico) ci sarebbe anche una componente funzionale del sistema nervoso con base ereditaria.

Per dimostrare poi che l'origine della isteria è di natura psichica e non organica si arriva ad utilizzare la suggestione ipnotica, concetto che permette di ipotizzare l'esistenza di una lesione dinamica cerebrale di natura traumatica.

Una tipologia di intervento che Charcot aveva in parte mutuato da Mesmer, nell'ambito delle riflessioni sul magnetismo animale, che lo aveva portato ad ipotizzare l'esistenza di un fluido fisico universale la cui distribuzione disarmonica provocherebbe malattie. La consisterebbe pertanto nel recupero dell'equilibrio perduto grazie all'applicazione di particolari magneti.

Nella teoria cosiddetta fluidica possiamo trovare i prodromi di concetti psicologici quali le “forze psicologiche” o le “energie nervose”. Gli studi sull'ipnosi, ad esempio, mostrano che instillando una idea nella situazione di sonnambulismo questa acquisisce una sua autonomia e una sua concretizzazione.

Da qui l'ipotesi che anche alcune malattie possano avere origine, come ipotizzato da Charcot, dall'attività psichica.

Uno tra gli studiosi che prosegue e supera, per certi aspetti, le intuizioni di Charcot circa il fenomeno isterico è Pierre Janet. Le sue osservazioni sull'isteria e sul ruolo del trauma sulla sua comparsa inducono Charcot a chiamarlo a dirigere il laboratorio di Psicologia sperimentale di Parigi.

Nell'ambito di queste ricerche teorico cliniche egli dedica molta attenzione all'automatismo psicologico. Nel suo *L'automatisme psychologique*³ arriva alla conclusione che certi sintomi isterici sono collegati all'esistenza di frammenti scissi della personalità dotati di vita e di sviluppo autonomi, che traggono a loro volta origine da eventi traumatici del passato. Sulla base di questi postulati, la terapia consiste nel far emergere e quindi risolvere tali componenti inconscie⁴.

A dimostrazione di questa ipotesi nel libro citato egli descrive in modo minuzioso il caso di Marie, una giovane donna che soffriva di attacchi convulsivi periodici. L'osservazione della paziente consente a Janet di rilevare che tali attacchi si presentavano in corrispondenza del mestruo e che i primi episodi erano apparsi proprio all'epoca delle prime mestruazioni. Una volta appurata questa corrispondenza, grazie ad una ulteriore “esplorazione psicologica” (da lui così definita) l'autore scopre che la ragazza, adolescente, era stata testimone del suicidio di una donna; il sangue da cui lei era ossessivamente perseguitata non era altro che la ripetizione del trauma di quella visione subita da adolescente.

Nel concludere l'illustrazione del caso, Janet osserva che con l'emergere del fatto traumatico le crisi compulsive si diradarono fino a scomparire del tutto.

Un aspetto interessante di queste riflessioni è quello che si riferisce alle caratteristiche della personalità isterica che «[...] non può percepire tutti i fenomeni; ne sacrifica decisamente alcuni. È una specie di autotomia e i fenomeni abbandonati si sviluppano indipendentemente senza che il soggetto ne sia consapevole».

Risultano inoltre particolarmente attuali L'approccio clinico di Janet al paziente e alcune intuizioni teoriche quali: l'importanza data alla “esplorazione psicologica” e le

intuizioni circa la presenza di una “personalità secondaria”. Dette intuizioni presentano molte analogie con quanto poi rilevato ed approfondito dallo stesso Freud e da chi lo ha seguito.

Venendo a Freud, possiamo dire che egli è stato senz'altro un estimatore degli studi di Charcot, col quale ha una serie di incontri durante un breve soggiorno a Parigi nel 1885. Una volta tornato a Vienna, egli prosegue insieme a Breuer gli studi sui fenomeni isterici, che portano poi alla pubblicazione di *Studi sull'isteria*⁵.

Freud, però, pur dichiarando di rifarsi all' ipotesi di Charcot relativamente all'ontogenesi della isteria, in effetti stravolge in qualche modo il concetto di trauma, poiché considera l'evento traumatico non un singolo episodio ma un insieme di situazioni che hanno un impatto dirompente sull'individuo, motivo per cui ne svincola definitivamente gli effetti rispetto alla integrità fisica, aspetto per il quale Charcot era rimasto piuttosto ambivalente.

In *Comunicazioni preliminari*, Freud afferma: «[...] in questi casi il grande trauma singolo viene sostituito da una serie di drammi minori, tenuti assieme per affinità o perché parti di una stessa tribolazione [...]»⁶.

Fin dagli inizi dei suoi studi sull'isteria Freud pone l'accento sul carattere “economico” degli eventi traumatici, e cioè sul fatto che questi provocano un abnorme aumento di stimoli tale che fa sì che la psiche non è più in grado di districarsi adeguatamente.

L'attenzione si sposta perciò dalla natura dell'evento alle ricadute sull'organizzazione psichica dell'individuo: «Diviene trauma psichico ogni impressione la cui liquidazione, tramite lavoro mentale associativo o tramite reazione motoria, presenti difficoltà per il sistema nervoso»⁷.

Ad essere traumatico, quindi, non è l'evento in sé ma la reazione a tale evento; ad esempio una scena di seduzione diventa traumatica quando si verifica qualcosa che ricorda al soggetto quella determinata scena.

Freud e Breuer partono dalla constatazione che tramite l'ipnosi, su pazienti che presentano sintomi che sfuggono qualsiasi classificazione nosologica, è possibile che riemergano i ricordi del tempo in cui i sintomi si sono presentati per la prima volta. Si tratta spesso di eventi accaduti nell'infanzia e di cui il paziente non ha più memoria.

«Trovammo infatti, in principio con nostra grandissima sorpresa, che i singoli sintomi isterici scomparivano subito ed in modo definitivo, quando si era riuscita ridestare con piena chiarezza il ricordo dell'evento determinante, risvegliando insieme anche l'affetto che l'aveva accompagnato, e quando il malato descriveva l'evento nel modo più completo possibile esprimendo verbalmente il proprio affetto»⁸.

I due studiosi arrivano quindi alla conclusione che i sintomi isterici sarebbero causati da un trauma grave che produce tante e tali sollecitazioni da far sì che il ricordo venga represso e respinte le emozioni ad esso associate. Tramite questo meccanismo di

rimozione l'affetto è distaccato dalla rappresentazione rimossa e trasformato per conversione in sintomo somatico.

«Gli isterici soffrono di reminiscenze», Freud, in questo modo così efficace, pone l'accento sul fatto che è la memoria che rende l'evento isterico, l'azione del trauma è quindi “differita” e l'evento assume il carattere traumatico solo dopo una successiva elaborazione psichica.

Relativamente poi alla “veridicità storica” dei fatti traumatici, Freud all'inizio ritiene che si tratti di eventi realmente accaduti, essenzialmente di natura sessuale.

Con la lettera a Fliess del 21 settembre 1897⁹ egli rivede in parte questa ipotesi, considerando che le cause patogene possono essere individuate non solo in fatti realmente accaduti ma anche in fantasie infantili come ricordi di eventi mai avvenuti che non sono menzogna ma verità dell'inconscio, che ha comunque valore pari alla realtà storica.

Dietro il sintomo isterico si cela una emozione dolorosa legata ad un ricordo che non è più cosciente, ed è quindi in uno stato di *strangolamento*: una emozione che va a rappresentare un secondo gruppo psichico.

Notiamo come in Freud lo studio per la patologia isterica, iniziato seguendo una logica prettamente organicistica, lo porti poi a verificare il ruolo preponderante della realtà psichica del paziente.

Con un meccanismo minuziosamente descritto ne *L'uomo dei lupi*¹⁰, egli infatti arriva alla conclusione che il trauma si crea con una elaborazione “a posteriori” (*Nachträglichkeit*), quando un evento scatenante provoca il sintomo isterico. Il paziente de *L'uomo dei lupi*, lo ricordiamo, a circa un anno e mezzo assiste alla scena primaria, mentre i sintomi appaiono a quattro anni, all'epoca del sogno dei lupi, nel momento in cui cioè tale scena acquista *a posteriori* uno specifico significato sessuale con tutto il relativo potenziale patogeno.

La prima guerra mondiale, con il suo carico terribile di sofferenze fisiche e psichiche spinge Freud a trattare di nuovo il tema del trauma sotto la forma di clinica delle nevrosi traumatiche

In *Al di là del principio di piacere* (1915)¹¹, recuperando il carattere economico del trauma, rileva che un afflusso eccessivo di emozioni costringe la psiche ad assolvere ad un compito “al di là del principio di piacere”, cioè il compito di controllare lo stimolo e di “legarlo” psichicamente in modo da potersene sbarazzare. L'io tenta in questo modo di creare quella struttura permanente entro la quale sia possibile il funzionamento dell'Io stesso.

Qualche anno dopo, nel 1926, in *Inibizione sintomo e angoscia*¹² Freud riprende alcuni temi

già parzialmente trattati in *Al di là del principio di piacere*.

Riguardo al tema dell'angoscia, recupera e amplia la concezione di trauma sottolineando il ruolo della realtà interna della psiche nello sviluppo dell'angoscia.

Ribadisce, anche in questa occasione, il ruolo delle “situazioni traumatiche” che hanno la tendenza a manifestarsi in momenti particolari dello sviluppo individuale, quelli di passaggio da una fase maturativa all'altra come la nascita, lo svezzamento, l'apprendimento del controllo degli sfinteri etc.

Sempre in *Inibizione sintomo e angoscia*, sottolinea il ruolo che la perdita, la mancanza, la condizione di impotenza soprattutto infantile (*bilfflosigkeit*) hanno nella genesi della situazione traumatica. Notiamo come questa condizione di assenza e di mancanza si vada a contrapporre a quella di presenza violenta, intrusiva, seduttiva e disorganizzante che fino ad allora aveva connotato lo scenario traumatico. Le nuove aperture sulla teoria traumatica, contenute in *Inibizione sintomo e angoscia*, stimoleranno, come vedremo, la successiva e più significativa riflessione psicoanalitica su questo argomento.

Ferenczi e l'attenzione ai traumi infantili

Il tema della “mancanza”, proposto da Freud, è ripreso anche dallo psicoanalista ungherese Ferenczi, amico e collega di Freud, che fa di questo particolare aspetto un elemento tipico della situazione di trauma.

Nella sua teoria¹³ del funzionamento psichico Ferenczi considera cruciale il concetto di trauma, specialmente in relazione allo sviluppo psichico del bambino, futuro adulto¹⁴. Più precoci sono tali esperienze traumatiche, maggiore sarà la loro influenza su tale sviluppo. In particolare egli individua due aspetti specifici del trauma: da un lato il fatto che è connesso non soltanto a qualcosa che è stato fatto, dall'altro il fatto che qualcosa può anche non essere accaduta. Il bambino traumatizzato è un bambino «orfano di rêverie trasformativa», poiché sperimenta «un'omissione di soccorso» rispetto a quell'“aiuto fisiologico” che dovrebbe essere assicurato dai suoi adulti di riferimento.

Inoltre, il trauma può essere misconosciuto e non trasformato in evento psichico, poiché i bambini, assimilando il linguaggio degli adulti, tendono ad assecondare il desiderio inconscio di questi ultimi di non attivare percezioni autonome.¹⁵

Il trauma per Ferenczi mira a colpire il processo di strutturazione dell'Io, con l'effetto di produrre una ferita narcisistica. Per sopravvivere a questo stato di mortificazione il soggetto tende a ritirare l'investimento affettivo nei confronti di sé e degli oggetti, ad assumere cioè una condizione di passività totale nei confronti del mondo circostante. Si assiste quindi ad una sorta di *congelamento* della vita affettiva, mentale e inconscia¹⁶.

Jung e il dispositivo di autocura

Sul trauma, Jung e Freud mantengono a lungo un colloquio molto stretto, ma sarà

proprio da questo argomento che inizieranno poi le loro divergenze di vedute, che li porteranno alla rottura definitiva.

Jung concorda con Freud nel prendere in considerazione, a proposito del trauma, le fantasie e l'angoscia inconscia, ma le differenze iniziano ad emergere relativamente al tipo di fantasie coinvolte. Infatti, mentre Freud fa riferimento esclusivamente a fantasie di tipo sessuale, Jung ritiene che la sessualità sia solo una delle vie attraverso cui la fantasia inconscia diventa traumatica e, quindi, all'gli stati secondari dell'io si creano a seguito della rimozione del ricordo del fatto traumatico, che non è necessariamente di natura sessuale.

Su un altro punto i due troveranno motivo di disaccordo. Jung, nel *Caso clinico della donna che viveva sulla luna* aveva considerato il trauma subito dalla paziente di così grave entità da aver provocato una frammentazione dell'io attivando difese primitive e un'*imago* diabolica, originata nell'inconscio collettivo.

Questi particolari studi di Jung, che si rifanno a residui arcaici di mitologie lontane, suscitano l'estremo scetticismo di Freud tanto da fargli respingere le osservazioni circa queste fantasie archetipiche e collettive che, a suo parere, rischiano di far scivolare il discorso sul terreno del demonismo.

Dopo la rottura con Freud, Jung riprenderà successivamente alcune riflessioni teoriche e cliniche sul trauma che vengono poi illustrate in *Risposta a Giobbe*¹⁷, un'opera del 1952.

Egli parte da una riflessione sulla figura biblica di Giobbe, uomo pio e giusto ma perseguitato fisicamente e psichicamente da un Dio potente e vendicativo.

L'esperienza traumatica, riflette Jung, non risiede tanto nell'evento in sé quanto piuttosto nella risposta individuale posta in essere dalla "vittima". Questa può essere di due tipi: la dissociazione oppure, secondo la via indicata da Giobbe, l'assunzione del peso dell'evento e la "pretesa" di un dialogo con il suo persecutore, Dio, per capire il motivo di tanta sofferenza.

Il confronto tra Giobbe e Dio porta alla fine delle sofferenze di Giobbe e la sua pretesa di un dialogo costringe Dio a un momento di meditazione e di riflessione grazie anche alla mediazione di Sophia, depositaria della sapienza. Grazie a Sophia, infatti, è possibile il dialogo tra Giobbe e Dio, tra la coscienza e l'inconscio, l'unico modo per portare l'uomo ad una possibilità di cambiamento.

Nel caso della dissociazione invece gli eventi che non possono essere tollerati innescano un meccanismo psichico per cui l'io è come se andasse in frantumi: si innescano meccanismi dissociativi che derivano dalla impossibilità di elaborare e quindi integrare tali esperienze nella propria esperienza personale.

Del modello dissociativo della psiche plurima si occupa Kalshed, nella sua opera *Il mondo interiore del trauma*¹⁸, secondo l'Autore, questo sarebbe un sistema di autocura, che svolge sia la funzione di protettore nei confronti del nucleo autentico del sé sia la funzione di persecutore verso tutti i tentativi inconsci attuati per tornare a far parte della

vita dell'individuo onde evitare il ripetersi di situazioni traumatizzanti.

L'esperienza traumatica provoca quindi l'insorgere di sentimenti fra loro contrastanti e fra loro poco “dialoganti”, sarà quindi compito dell'analista il riuscire a ottenere una mediazione tra queste realtà scisse e permettere col tempo una sorta di “ricongiungimento” simbolico.

Lacan: le varie declinazioni del Trauma

Il tema del trauma viene affrontato da Lacan in modo articolato e complesso.

Infatti, se da una parte egli considera il trauma alla base del processo di soggettivazione, dall'altra si occupa anche di come in analisi si affronti il trauma psichico, prendendo spunto dal termine *Nachträglichkeit* già utilizzato da Freud.

Il soggetto, in quanto tale, subisce un trauma, un trauma costitutivo che è l'esistenza stessa del linguaggio, perché nel momento in cui parla non ha più accesso diretto all'oggetto del suo desiderio.

Secondo Lacan lo sviluppo del soggetto avviene in seguito ad una doppia separazione traumatica: quella, al momento della nascita, dal corpo della madre e quella consistente nella rinuncia a mantenere un legame fusionale con lei in seguito alla irruzione della figura paterna.

La prima separazione dà luogo e definisce il bisogno organico di un organismo separato dal suo naturale complemento, completamente che si traduce nella pulsione, cioè un'energia dilagante nel bambino che esprime proprio la mancanza del complemento materno. La seconda separazione attiva il desiderio, orientato ad appagare la nostalgia del bambino per il legame fusionale con la madre.

Colmare “la mancanza ad essere” prodotta da questa separazione è impossibile, il desiderio (seppure è inappagabile) si traduce, in virtù del linguaggio, in domanda¹⁹.

Nella misura in cui rinvia ai desideri sempre rimossi, la domanda stessa rimane inesorabilmente insoddisfatta; essa si aliena, diventando sempre meno consapevole del suo autentico significato, vale a dire che ciò che desidera l'uomo è che l'altro lo desideri: vuole essere ciò che manca all'altro, essere la causa del desiderio dell'altro.

Lacan riprenderà poi il tema del trauma psichico quando tratterà del termine *Nachträglichkeit* traducendolo col termine *après coup* (letteralmente “a cose fatte”, vedi 1966a)²⁰, e cioè «qualcosa che non era stato comprensibile originariamente e lo diventa solo retroattivamente» (*Lacan 1959, pp 92 93*)²¹.

Ciò accade perché «la frase esiste solo se è compiuta, e il suo senso le viene dalla fine» (*Lacan 1955-56*)²².

Come già rilevato da Freud, l'evento di per sé può non essere stato traumatico, ma lo diventa successivamente.

Secondo Lacan, quindi, il campo di applicazione principale dell'*après coup* è il trauma psichico, nel quale a posteriori «a partire dall'esperienza adulta dobbiamo affrontare le

esperienze originali supposte».

È per mezzo dell'*après coup* che si può esprimere l'ordine temporale dell'inconscio nel quale «il trauma si implica nel sintomo» (Lacan 1966a)²³.

Vediamo quindi come in Lacan si crei in effetti una tensione tra due concetti apparentemente antinomici del trauma, come elemento strutturante il soggetto e come specifici eventi che minacciano il normale funzionamento della psiche.

Lo psicodramma e il trauma

Se concordiamo nel considerare il trauma quella condizione tale per cui, a causa del carico di stimoli eccessivi, si provoca una ferita nella barriera protettiva dell'Io che si trova a fare i conti con situazioni che non riesce a elaborare ed assimilare, possiamo considerare lo psicodramma un dispositivo particolarmente efficace dal punto di vista terapeutico.

«Mi lasci parlare», così esclama una paziente a Freud, che egli intendeva trattare con l'ipnosi; il diritto rivendicato dalla giovane paziente di avere uno spazio di parola e quindi di essere ascoltata è molto attinente non solo alla terapia individuale ma anche agli incontri di psicodramma.

Come rileva Serge Gaudé si tratta di «Far uscire chi ha parlato dal cerchio dei partecipanti, aprirgli uno spazio di rappresentazione, significa sottrarlo, per quel lasso di tempo, alla suggestione ed al circuito degli scambi: significa, di fatto, imporre all'uditorio il silenzio e l'astensione, come risposta alla richiesta del partecipante: “Fatemi dire, fatemi mostrare”»²⁴.

Nel momento in cui il paziente prende la parola e “mette in azione” il proprio discorso si crea una condizione che, a mio parere, risulta particolarmente favorevole per tutti quei pazienti che hanno particolare difficoltà ad ascoltare e quindi ad ascoltarsi.

Un esempio di quanto accaduto recentemente durante una seduta del gruppo che conduco settimanalmente con una mia collega, può chiarire meglio le possibilità offerte dallo psicodramma analitico.

Il trauma in gioco

Lucia ha sognato che il fratello sarebbe diventato presto papà. In realtà il fratello ha 67 anni e la sua compagna quasi 70.

In associazione al sogno, Lucia racconta che il giorno prima era andata in ospedale a fare delle analisi. Essa è una paziente ammalata di tumore da tempo. Attualmente la malattia, in remissione, sembra aver avuto una ripresa e quindi lei si sta sottoponendo a frequenti controlli.

Al momento di presentarsi allo sportello, racconta, si accorge che si è “dimenticata” a casa della ricetta e quindi, approfittando del fatto di avere un po' di tempo, si è recata presso vari uffici per alcune pratiche burocratiche relative ad una zia, anziana e

ammalata, che deve essere ricoverata in struttura assistenziale.

Di questa zia, in realtà, si dovrebbe occupare il fratello, che è in pensione e in buona salute, ma di fatto, spesso Lucia si trova a dover colmare le sue assenze e dimenticanze.

Così come in quest'ultimo caso: due giorni prima il fratello le aveva telefonato perché aveva un forte mal di denti e quindi non avrebbe potuto occuparsi delle faccende della zia.

Lucia ammette che il pensiero di sistemare la zia è molto gravoso per lei: da una parte non vede l'ora che venga collocata in una struttura, così che le venga assistita adeguatamente, ma d'altra parte sente il peso di questa decisione, e in questo groviglio di sensazioni si sente sola e non sostenuta moralmente e concretamente dal fratello.

Colpita dal racconto di Lucia, e dalle conseguenti associazioni, decido di farle giocare il colloquio telefonico col fratello.

Il gioco di Lucia

Per la parte del fratello sceglie Felice perché a volte le sembra ambiguo nei suoi discorsi: il fratello è spesso ambiguo nei suoi comportamenti e quindi inaffidabile.

Durante il gioco, nella propria posizione Lucia risulta inibita, quasi senza parole; i doppiaggi dell'animatrice mirano a scuotere il fratello dalla sua colpevole inerzia e, di fatto, a tutelare Lucia: «Io sono malata, non posso occuparmi della zia oltre le mie forze: ti rendi conto che con la tua inerzia fai del male anche a me?».

I doppiaggi nello psicodramma hanno un grande valore, sia quelli compiuti dall'animatore che quelli compiuti dagli altri componenti dell'uditorio: i primi, poi, svolgono l'importante funzione di far emergere (grazie alla capacità di ascolto del terapeuta) quel nodo problematico che il paziente non è ancora in grado di cogliere.

In questo caso risulta evidente come Lucia nel confronto col fratello fosse assolutamente bloccata: il lieve malessere del fratello diventava motivo sufficiente per inferire a sé stessa l'ennesima ferita: niente analisi e, per di più, giri estenuanti da un ufficio all'altro.

Il suo blocco nel gioco fa emergere la vera questione: Lucia di fronte all'altro scompare, evapora.

Al cambio dei ruoli, la situazione non appare molto diversa.

Anche nella posizione del fratello, non riesce a trovare le parole né per difendersi né per delegare l'impegno alla sorella. Sembra proprio che Lucia, persona usualmente dotata di una buona dialettica e capacità di ragionamento, nel momento in cui deve prendere una posizione autonoma perda ogni capacità.

Nel rivolgersi alla Lucia impersonata da Felice, è palesemente in difficoltà, oscillando tra il difendere le proprie ragioni e riconoscere quelle dell'altro, ma senza trovare un punto fermo.

Nell'ultimo finale, ancora nella posizione del fratello, Lucia riconosce che questa volta

non è riuscita a “fregare” se stessa: la Lucia del gioco non casca nel tranello del fratello. Nelle osservazioni successive, ammette di essere stata male in entrambe le posizioni e che, solo grazie ai doppiaggi della animatrice, riesce a vedere uno spiraglio in una situazione in cui si sentiva incastrata e imbrogliata dall'altro, un altro da cui in realtà avrebbe desiderato sostegno e protezione.

Il gioco descritto è secondo me illuminante di come agiscano le esperienze traumatiche sulla psiche e di come lo psicodramma riesca a fare emergere questioni rimaste latenti nel discorso del paziente.

Negli anni ho affrontato più volte il tema delle specifiche caratteristiche psichiche che caratterizzano i pazienti psicosomatici gravi, persone molto spesso dotate di spiccate capacità intellettive, che si dimostrano poi sprovviste e indifese di fronte alle richieste dell'altro.

L'episodio raccontato da Lucia è emblematico: la “dimenticanza” della ricetta ha creato un “buco” che subito si è preoccupata di riempire per riparare alle mancanze di un altro che, oltre che procurare danni a un terzo, la zia, danneggiavano certamente Lucia, costringendola ad un surplus di fatica.

Va rilevato però che il discorso introduttivo di Lucia senza il successivo gioco, non avrebbe consentito di mettere in connessione logica i diversi punti: il gioco della telefonata ha infatti permesso di fare emergere quel nodo problematico, causa originaria del lapsus e delle azioni successive di Lucia.

Inizialmente Lucia, candidamente e, direi, inconsapevolmente, aveva messo in associazione la dimenticanza delle sue analisi e il disbrigo delle pratiche per la zia. È stato soltanto col gioco della telefonata col fratello, che è stato possibile svelare quale fosse il nesso fra le due situazioni apparentemente slegate fra di loro.

Si è visto chiaramente che la sua estrema vulnerabilità nei confronti dell'altro la pone continuamente in situazioni di rischio, una condizione di cui Lucia, nonostante la sua vita sia connotata da questa moralità, si rende consapevole con difficoltà e soltanto grazie al suo continuo e costante lavoro analitico.

Probabilmente non è possibile riparare del tutto la sua esperienza di disgregazione, ma la possibilità di riproporla nel gioco, in una rappresentazione che non è ripetizione, consente di inquadrarla nella propria vicenda personale.

Ciò che si propone ai pazienti è di provare a dare un senso a qualcosa che in quel particolare momento, momento appunto di parola e di gioco, diviene finalmente rappresentabile.

Nello psicodramma infatti il soggetto ha l'opportunità di affrontare le proprie questioni “in prospettiva”, nel senso di rendere conto di distanze infinite tramite segmenti finiti, e più in generale di tentare di analizzare l'orientamento generale della propria vita in una prospettiva particolare su un episodio preciso, fornendo al tempo stesso un contesto ed una rappresentazione.

In definitiva, si tratta di riportare distanze infinite alla dimensione finita, in modo da poter finalmente “leggere” situazioni che altrimenti rimarrebbero confinate nell'oblio.

Il Trauma e la malattia organica

Nella esperienza con pazienti affetti da gravi malattie organiche, come Lucia, ben presto ci si rende conto che si ha a che fare non soltanto con ferite appunto “organiche” ma anche simboliche.

Al di là della esperienza di malattia vera e propria, che porta con sé un fardello di angosce e fantasie di morte per lo più inevitabili, mi preme sottolineare come un attento ascolto analitico possa permettere l'emersione di sofferenze psichiche, che a volte possono essere recepite soggettivamente da alcuni soggetti, come anche più gravi di quelle collegate al corpo.

Si tratta spesso di ferite in fondo aperte, di cui i pazienti però, possono essere anche assolutamente inconsapevoli, ferite che tengono legate a sé indissolubilmente, un carico assai pesante di “parole non dette”, di “lacrime non piante” e che inducono a volte a scegliere una via di fuga paradossale, quella che può essere assimilata ad una sorta di fuga metaforica (e purtroppo non solo) nella malattia.

Claudio Modigliani, uno dei maggiori esponenti della psicosomatica italiana, parla a questo proposito di “felicità inconscia”, che secondo lui potrebbe derivare a sua volta dalla incapacità di alcune persone a tollerare il seppur minimo conflitto, a reggere quindi il carico e la responsabilità di una propria posizione soggettiva²⁵.

Di certo là dove c'è conflitto ci può essere anche possibilità di relazione, c'è il confronto con un “altro” (o un “Altro”) e quindi uno spazio per il soggetto. Se il conflitto è negato, tale spazio si può ridurre drasticamente e pericolosamente.

Nella mia esperienza mi è capitato spesso di verificare che quelli che io considero pazienti psicosomatici gravi si descrivono come persone apparentemente tranquille, serene, ben integrate nel proprio ambiente, per le quali la malattia sembra aver rappresentato un fastidioso incidente di percorso nella loro rassicurante routine. Nell'ascoltare, però, ciò che questi pazienti raccontano di sé, ci si accorge ben presto come essi portino, con frequenza assai significativa, un persistente atteggiamento di automortificazione, di automutilazione. Le richieste dell'altro, può essere il coniuge, un genitore, un figlio, un amico, hanno sempre la precedenza sulle proprie esigenze.

Si assiste ad una sistematica rinuncia ad esprimere la propria soggettività a favore di un altro, che, ovviamente sempre nel discorso, assurge con molta facilità alla posizione di un particolare grande Altro.

Ciò che Freud osservava in *Al di là del principio di piacere* sembra abbastanza in linea con ciò che io traggio dall'ascolto delle parole di molti di questi pazienti e cioè, la definirei, una sinistra “coazione a ripetere” per cui vengono riproposti incessantemente pensieri, comportamenti e situazioni in cui il soggetto si ritira progressivamente in posizioni di

retroguardia.

Sembra a volte di aver a che fare con individui che non hanno proprio rapporto con il loro stesso desiderio.

A questo proposito Lacan afferma che nel fenomeno psicosomatico pur esistendo un legame col linguaggio, si è però fuori soggettivazione in quanto sembra essere fallita la metafora paterna: si ha dunque un congelamento della catena significativa che può produrre disturbi psicosomatici, debilità mentale, psicosi, a seconda della specifica posizione del soggetto. Le lesioni possono essere come delle tracce quasi pre-significanti inscritte nel corpo, come dei geroglifici che non presuppongono un grido rivolto all'Altro, perché di quest'ultimo non è prevista la rappresentazione come invece accade per il sintomo isterico²⁶.

Quello che ho riscontrato essere importante nel corso dei trattamenti ad esempio con alcuni pazienti oncologici è stato verificare la possibilità per i pazienti stessi di contattare, almeno un po' quella sorta di infelicità in cui, magari inconsapevolmente, dicevano poi essere da tanto intrappolati. Penso infatti che i pazienti un po' alla volta possano rendendosi conto di quanto orientano troppo masochisticamente le proprie scelte o meglio di quanto essi stessi siano scelti dalle loro tendenze masochistiche; come dire: spero che l'analisi permetta loro la creazione di un nuovo spazio in cui provare gradualmente ad abbandonare l'insita e tenace tendenza a ferirsi optando per un vivere più come soggetti desideranti in grado di tutelarsi.

Conferme scientifiche e nuove prospettive

Mentre stavo completando questo articolo, ho letto due notizie che mi hanno confortato rispetto a mie convinzioni tratte dalla formazione con il prof. Modigliani e confermate dalla mia esperienza clinica con i pazienti psicosomatici gravi.

Recentemente è stato pubblicato uno studio della *Monash University* di Melbourne (Australia), con il contributo dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano, che ha messo in luce il meccanismo alla base del legame fra la presenza di stress cronico nei malati di cancro e la progressione del tumore. Nel caso del cancro alla mammella, studiando gli effetti in vivo sui topi, e verificando i risultati attraverso uno studio clinico che ha coinvolto 1000 donne con tumore alla mammella, si è dimostrato che lo stress agisce sul nostro organismo potenziando i canali del sistema linfatico intorno e all'interno del tumore, che diventano dunque delle vie maestre per la proliferazione delle cellule malate²⁷.

Quelle che sembravano solo ipotesi, guardate con sufficienza dalla medicina ufficiale, stanno evolvendosi in teorie scientificamente provate.

Ma un ulteriore passo in avanti è stato fatto da un altro studio, condotto presso l'Università tedesca di Konstanz in Germania, che ha dimostrato l'effetto curativo della psicoterapia per i danni a livello essere curati dalla psicoterapia²⁸.

Lo studio prende spunto da risultati di precedenti ricerche che rilevavano una correlazione tra lo stress causato da traumi e un aumento del rischio per molte malattie, compreso il cancro. Infatti lo stress, creando un danno a livello molecolare del DNA e ai meccanismi autoriparativi del codice genetico, può essere un fattore facilitante la comparsa di gravi malattie organiche, compreso il cancro.

Si è evidenziato che i soggetti con disturbo post-traumatico da stress presentavano livelli più elevati di danno a carico del proprio corredo genetico e minor capacità di riparazione, indicando come lo stress traumatico possa essere associato a livello molecolare a danni nel DNA.

In una seconda fase della ricerca sono stati poi analizzati gli effetti della psicoterapia sui processi di rottura e riparazione del DNA.

Dai risultati di questo secondo studio, emerge che la psicoterapia non solo guarisce i sintomi del disturbo post traumatico da stress, ma favorisce i naturali processi di riparazione del DNA.

Indubbiamente queste ricerche, molto spesso enfatizzate dagli organi di informazione, devono essere valutate con molta prudenza.

Ritengo però al tempo stesso che se questo tipo di ricerca verrà inquadrato nel più vasto ambito della epigenetica, potrà assumere una valenza ancora più significativa.

Ricordiamo che l'epigenetica è quel campo della ricerca che ha per oggetto di studio tutti quei fenomeni ereditari in cui il fenotipo è determinato non tanto dal patrimonio genetico di partenza, quanto dalla sovrapposizione sul genotipo stesso di una serie di influenze “ambientali”.

In questa concezione di “ambiente” possiamo a ben diritto far rientrare gli interventi psicoterapeutici, come hanno verificato i neuroscienziati tedeschi.

Il mondo “psi” può quindi iniziare a liberarsi di quella aurea di scetticismo che da sempre lo accompagna, forse proprio anche grazie a quella scienza “ufficiale” che fino ad ora è stata estremamente riduttiva e svalutante.

Ma queste ricerche vanno anche oltre in quanto dimostrano che non solo esiste una influenza positiva del percorso di psicoterapia sulla fisiologia dei pazienti, ma che tali effetti positivi hanno un effetto “riparativo” anche a livello molecolare, e quindi trasmissibile geneticamente.

Sono certamente nuove prospettive che hanno bisogno di ulteriori verifiche, ma mi sembra già molto significativo il fatto che la scienza ufficiale allarghi il proprio campo di ricerca a fattori diciamo “immateriali” come, appunto, gli interventi psicoterapici.

Conclusioni

Nell'*incipit* ho dichiarato che parlare di trauma vuol dire parlare di psicoanalisi.

In effetti, in questa breve e, certo, non esaustiva rassegna dei vari autori che hanno trattato il tema del trauma, ho provato a verificare come tale concetto abbia

rappresentato e rappresenti ancora un elemento cruciale nelle diverse riflessioni teoriche e cliniche.

A prescindere dal momento storico e dall'ambito culturale di riferimento, gli studiosi sono sempre partiti dall'osservazione delle “ferite” che possono essere inferte ai pazienti dalle vicende della vita.

In definitiva studiare il trauma ha significato, fin dai primi studi sul magnetismo animale, verificare l'esistenza di una realtà psichica non immediatamente esperibile, l'esistenza di “stati secondari dell'io” che hanno poi aperto la strada alle intuizioni sull'inconscio di Freud e di chi lo ha seguito.

Nell'articolarsi degli studi e delle riflessioni però credo che a volte si sia perso di vista l'impatto della realtà psichica sul corpo, individuando nel sintomo organico esclusivamente l'esito di un processo psichico. Col tempo poi gli studi sulla psicosomatica, fino alle più recenti ricerche in campo epigenetico, hanno in qualche modo “chiuso il cerchio” di questo processo, considerando il ruolo cruciale del trauma psichico anche sulla integrità fisica del corpo stesso.

Tutto questo si collega pertanto all' apprendimento di un sapere che, in psicoanalisi, implica la questione del desiderio di curare e al contempo del desiderio di andare avanti nella conoscenza e nell'approfondimento di temi cruciali in ogni esperienza clinica e teorica.

Fabiola Fortuna

Psicoanalista, psicodrammatista, Direttore Centro Didattico di Psicoanalisi e Psicodramma analitico, SIPsA Roma, Membro della SEPT, Didatta S.I.Ps.A., Docente Coirag, Membro Forum Lacaniano Italiano, Membro I.A.G.P., Past President S.I.Ps.A., Socio Analista del CIPA con funzioni didattiche, di docenza e di supervisione.

Note

1. Laplanche J.; Pontalis J.B, *Enciclopedia della psicoanalisi*, voll. 1 ,2, LaTerza, Bari, 2005
2. Ellenberger H.F, *La scoperta dell'inconscio. Storia della psichiatria dinamica*, bollati Boringhieri Torino, 1976
3. Janet P. (1889) *L'Automatisme Psychologique*, L'Harmattan, Paris, 2005 (*L'automatismo psicologico*, a cura di F. Ortu, Milano, Raffaello Cortina, 2013)
4. Ellenberger H.F, *La scoperta dell'inconscio. Storia della psichiatria dinamica*, Bollati Boringhieri Torino, 1976
5. Freud S.(1892-95), *Studi sull'isteria*, in *Opere*, vol. I, Boringhieri, Torino, 1977.
6. Freud S. (1892-95), *Comunicazione preliminare sul meccanismo psichico dei fenomeni isterici*, in *Opere*, vol. I, Boringhieri, Torino, 1977
7. (id. p. 146).
8. Id.
9. Freud S.(1895), *Lettera del 29 novembre 1895 a W. Fliess*, in *Opere* vol. II, Boringhieri, Torino, 1976.
10. Freud S. (1914), *Caso clinico dell'uomo dei lupi*, in *Opere* vol. 7 pp. 481 – 593, Boringhieri, Torino 1976

11. Freud S. (1920), *Al di là del principio di piacere*, in *Opere*, vol. IX, Boringhieri, Torino, 1977.
12. Freud S. (1924), *Inibizione, sintomo, angoscia*, in *Opere*, vol. X, Boringhieri, Torino, 1978.
13. Ferenczi S. (1908b), *La nevrosi alla luce dell'insegnamento freudiano e la psicoanalisi*, in *Opere*, 1, Cortina, Milano, 1989.
14. Ferenczi S. (1931), *Le analisi infantili sugli adulti*, in *Fondamenti di psicoanalisi*, 3, Guaraldi, Rimini, 1974.
15. Ferenczi S. (1932), *Confusione delle lingue tra adulti e bambini*, in *Fondamenti di psicoanalisi*, 3, Guaraldi, Rimini, 1974
16. Ferenczi S. (1908b), *La nevrosi alla luce dell'insegnamento freudiano e la psicoanalisi*, in *Opere*, 1, Cortina, Milano, 1989.
17. Jung C.G (1952), *Risposta a Giobbe*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992
18. Kalshed D. (2001), *Il mondo interiore del trauma*, Moretti & Vitali, Bergamo, 2013
19. Lacan J. (1964), *Il Seminario. Libro XI. I quattro concetti fondamentali della psicoanalisi*, Einaudi, Torino, 1979
20. Lacan J. (1966a), *Posizione dell'inconscio*, in *Scritti*, Einaudi, Torino
21. Lacan J. (1959-1960), *Il seminario. Libro VII. L'etica della psicoanalisi*, Einaudi, Torino, 1994
22. Lacan J. (1955-56), *Il seminario. Libro III. La psicosi*, Einaudi, Torino, 1985
23. Vedi nota 22
24. Gaudé S. (1998), *De La représentation*, Editions Erés, Ramonville Saint-Agne, 1998 (*Sulla rappresentazione*, trad. it. a cura di Fabiola Fortuna, Alpes Italia, Roma, 2015)
25. Modigliani C. (1983), *La sofferenza psichica oggi. La nevrosi come modello di salute*, in «Medicina psicosomatica», Ed. Universo, Roma
26. Lacan J. (1975), *Il sintomo*, trad. it. «LA PSICOANALISI», n.2, Astrolabio, Roma, 1987.
27. (Le, Caroline P. et al., *Chronic stress in mice remodels lymph vasculature to promote tumour cell dissemination*, *JO - Nature Communications*, PY - 2016/03/01/online)
28. Morath J. et al. (2014), *Effects of Psychotherapy on DNA Strand Break Accumulation Originating from Traumatic Stress*, in *Psychotherapy and Psychosomatics*, August 2014.

Bibliografia

- Ellenberger H.F. (1970), *La scoperta dell'inconscio. Storia della psichiatria dinamica*, Bollati Boringhieri Torino, 1976
- Ferenczi S. (1908b), *La nevrosi alla luce dell'insegnamento freudiano e la psicoanalisi*, in *Opere*, 1, Cortina, Milano, 1989.
- (1931), *Le analisi infantili sugli adulti*, in *Fondamenti di psicoanalisi*, 3, Guaraldi, Rimini, 1974; *Analisi infantili con gli adulti*, in *Opere*, 4, Cortina, Milano, 2002.
- (1932), *Confusione delle lingue tra adulti e bambini*, in *Fondamenti di psicoanalisi*, 3, Guaraldi, Rimini, 1974;
- (1908b), *La nevrosi alla luce dell'insegnamento freudiano e la psicoanalisi*, in *Opere*, 1, Cortina, Milano, 1989.
- (1932), *Diario clinico*, Cortina, Milano, 1988.
- Freud S. (1892-95), *Studi sull'isteria*, in *Opere*, vol. I, Boringhieri, Torino, 1977.
- (1892-95), *Comunicazione preliminare sul meccanismo psichico dei fenomeni isterici*, in *Opere*, vol. I, Boringhieri, Torino, 1977
- (1895), *Lettera del 29 novembre 1895 a W. Fliess*, in *Opere* vol. II, Boringhieri, Torino, 1976.
- (1914), *Caso clinico dell'uomo dei lupi*, in *Opere* vol. VII, Boringhieri, Torino 1976
- (1920), *Al di là del principio di piacere*, in *Opere*, vol. IX, Boringhieri, Torino, 1977.
- (1924), *Inibizione, sintomo, angoscia*, in *Opere*, vol. X, Boringhieri, Torino, 1978.
- Gaudé S. (1998), *De La représentation*, Editions Erés, Ramonville Saint-Agne, 1998 (tr.it. *Sulla rappresentazione*, trad. it. a cura di Fabiola Fortuna, Alpes Italia, Roma, 2015)

- Jung C.G. (1952), *Risposta a Giobbe*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992
- Janet P. (1889), *L'Automatisme Psychologique*, L'Harmattan, Paris, 2005 (Ed. It. *L'automatismo psicologico*, a cura di F. Kalshed D. (2001), *Il mondo interiore del trauma*, Moretti & Vitali, Bergamo, 2013
- Lacan J. (1964), *Il Seminario. Libro XI. I quattro concetti fondamentali della psicoanalisi*, Einaudi, Torino, 1979
- (1966a), *Posizione dell'inconscio*, in *Scritti*, Einaudi, Torino
 - (1959-1960) *Il seminario. Libro VII. L'etica della psicoanalisi*, Einaudi, Torino, 1994
 - (1955-56), *Il seminario. Libro III. La psicosi*, Einaudi, Torino, 1985
 - (1975), *Il sintomo*, in «LA PSICOANALISI», n.2, Astrolabio, Roma, 1987
- Laplanche J., Pontalis J.B (1967), *Enciclopedia della psicoanalisi*, voll. 1-2, LaTerza, Bari, 2005
- Janet P. (1889), *L'Automatisme Psychologique*, L'Harmattan, Paris, 2005 (Ed. it. *L'automatismo psicologico*, a cura di F. Ortu, Milano, Raffaello Cortina, 2013)
- Modigliani C. (1983), *La sofferenza psichica oggi. La nevrosi come modello di salute*, in «Medicina psicosomatica», Ed. Universo, Roma



Il trauma nello psicodramma freudiano

Il trauma è all'origine della psicoanalisi perché Freud, in un primo tempo, nel ricercare l'eziologia delle nevrosi, individua proprio nel trauma la causa delle stesse e, in particolare, lega l'origine dell'isteria ad eventi di seduzione sessuale subiti nell'infanzia. Ma in presenza di racconti troppo ripetitivi di seduzione infantile, Freud ipotizza che ciò che viene presentato come ricordo non ha una relazione con la realtà dei fatti, e spesso si rivela come frutto dell'immaginario. A partire da questa constatazione, elabora la sua teoria del fantasma, con il testo fondamentale *Un bambino viene picchiato*.

Il trauma ritorna violentemente sulla scena prima con le nevrosi traumatiche della grande guerra, e poi di tutte le guerre successive con gli effetti devastanti. Si ritiene per esempio che la guerra del Vietnam abbia provocato tanti suicidi tra i “veterani” pari al numero dei morti nei combattimenti: 50 000.

Sul piano dell'economia psichica, nella nevrosi traumatica, si ritrova nei sogni la ripetizione della scena traumatica. È il contesto che Freud descrive in *Al di là del principio di piacere* (1920), nel quale introduce la pulsione di morte. Nei riguardi del trauma egli opera la distinzione fra paura, angoscia e terrore: questa ultima caratterizza il trauma.

«I termini spavento, paura e angoscia sono usati a torto come sinonimi; in realtà corrispondono a tre diversi atteggiamenti di fronte al pericolo. L'angoscia indica una certa situazione che può essere definita di attesa del pericolo e di preparazione allo stesso pericolo, che può anche essere sconosciuto. La paura richiede un determinato oggetto di cui si ha timore; lo spavento designa invece lo stato di chi si trova di fronte a un pericolo che non si aspetta, e sottolinea l'elemento della sorpresa. Non credo che l'angoscia possa produrre una nevrosi traumatica; nell'angoscia c'è qualcosa che protegge dallo spavento e quindi anche della nevrosi da spavento»¹.

Per dirlo in termini lacaniani, il trauma mette a confronto il soggetto con un reale che lo lascia senza scampo, senza le parole per dirlo e senza immaginario per rappresentarlo.

Pertanto, nella clinica quotidiana, chiamiamo trauma ferite di intensità diverse e questa parola disegna anche realtà molto diverse che lasciano tracce sintomatiche e soggettive più o meno gravi. Alcuni eventi portano in sé una certa “oggettività” del trauma, come i traumi collettivi frutto della Storia o quelli che lasciano i loro segni nel corpo, legando così trauma fisico e trauma psichico, per esempio il trauma singolare e unico d'uno stupro o al contrario le violenze ripetute subite dal bambino nelle relazioni familiari del bambino. Accade spesso nell' “*après coup*”, allorché l'episodio traumatico stesso è stato rimosso, che sorga un evento spesso molto banale di cui un tratto, un piccolo elemento significativo, va a fare eco alla prima esperienza e gli conferisce il suo carattere vergognoso e inaccettabile per il soggetto.

Ed è questo secondo tempo che viene portato spesso in psicodramma. Sono proprio

questi eventi dell'*après coup*, totalmente enigmatici per il soggetto, poiché senza legame apparente con l'evento originario, che sono rappresentati nelle sedute.

Alla SEPT facciamo giocare scene vissute, non scenari immaginari né istanze psichiche. Gennie e Paul Lemoine, fondatori della SEPT, nel loro libro *Lo psicodramma* lo dicono chiaramente, già nelle prime pagine: «Le scene propriamente immaginarie, fabulate poiché non sono mai successe e che sono unicamente fantasticate per un godimento puro, le scartiamo [...]. Il soggetto ne trae nessun altro profitto che una soddisfazione immensa per la quale può per di più vantarsi della autorizzazione o della complicità dei terapeuti». I Lemoine precisano, nei riguardi della pratica alla SEPT: «La scena giocata è unicamente rivissuta, non è attualmente reale anche se lo fu una volta. È un'evocazione immaginaria e l'importante non è che sia storicamente esatta ma che sia fedele al ricordo»².

Lo psicodramma che proponiamo ha dunque una relazione precisa, pensata con la realtà del soggetto: non affrancarsi dai fatti ma permettere, attraverso la loro rappresentazione di “allontanarsene”. Il nostro dispositivo mette dunque un'attenzione particolare all'evento, a ciò che è successo, con la sua parte d'aleatorio, di non controllabile, d'esterno al soggetto; gli offre così uno spazio di rappresentazione che permette di ritrovare o di far emergere la traccia del soggetto nella situazione raccontata e giocata.

Due pazienti, l'una obesa, l'altra ex-alcolista hanno ritrovato nello psicodramma l'origine traumatica dei loro sintomi attuali.

Il percorso di Valerie nel gruppo le ha permesso di trovare un legame, mai pensato prima, fra il suo alcolismo e il maltrattamento subito nell'infanzia. Valerie è venuta nello psicodramma dopo aver smesso di bere grazie al sostegno d'un gruppo d'ex-bevitori che le aveva effettivamente permesso di liberarsi dalla dipendenza dall'alcol. Adesso si indirizza a noi per “vivere” senza alcol. La questione del suo desiderio, di ciò che voleva fare della sua vita si è posto per lei quando ha avuto l'intuizione e il timore di poter cadere in un'altra “prigione”. La minaccia rimaneva e la questione lavorata da lei nel gruppo è stata: *Continuerò a distruggermi in un altro modo?*».

Ecco una seduta che potremmo intitolare «Le tracce psichiche delle percosse».

Un partecipante inizia la seduta parlando delle botte ricevute da sua madre nell'infanzia, botte reiterate nei rapporti con la sua prima moglie. Un'altra partecipante, Justine, fa un'associazione con sua madre: «Era molto dura, sempre percosse, mai una parola di conforto», ma riconosce che è anche lei così dura come sua madre. L'ha capito occupandosi dei bambini. Dice: «È orribile fare quello che si odia», scoprendo un'identificazione con la madre odiata. Poi, Valerie riprende il tema: «Di percosse ne ho ricevute, ero adottata da uno zio che mi palpeggiava e da una zia che mi picchiava».

Giochiamo la scena portata da Justine: lei litiga con sua sorella, la madre è furiosa, sculaccia Justine e dà colpi di cintura alla sorella maggiore. L'animatrice le fa cambiare

ruolo con la madre e dopo il gioco, Justine si mostra commossa e piange. «Mi dico che mia madre aveva ragione, eravamo senza limite, mio padre era assente e mia madre era da sola». Per la prima volta questa paziente esce dal discorso ripetitivo sul suo posto di bambina maltrattata da una madre violenta. Il cambiamento dei ruoli le ha permesso di essere commossa dallo smarrimento di sua madre, sola e sopraffatta dalle sue figlie.

Nei riguardi di Valerie, la nostra paziente alcolista che Justine aveva scelto per prendere il ruolo della madre che picchia, essa riprende: «Quando si beve si ha un corpo maltrattato». Così fa un legame fra le violenze subite nell'infanzia e l'alcol, questo altro attacco del corpo. Ci dirà, qualche mese più tardi, al momento di lasciarci, che, dopo aver giocato la madre che picchia, aveva pensato: «Voglio smettere di essere picchiata».

Valerie, seduta dopo seduta ha potuto legare il proprio sintomo con la propria storia. Aveva infatti una grande colpevolezza di essere alcolista, di distruggersi così e tuttavia questo sintomo rimaneva per lei molto enigmatico. Lo psicodramma le ha permesso di fare un legame fra alcol e percosse ricevute, di prendere coscienza della ripetizione e di dare un senso al suo sintomo, realizzando in senso proprio il significante «*boire un coup*»³.

L'altra paziente, Catherine, viene perché ancora oggi, a cinquant'anni, teme così tanto sua madre che non può andare da lei da sola, rimanendo paralizzata davanti al campanello. Gli effetti della violenza materna sono stati molto importanti per questa paziente. È obesa, ha fatto molti tentativi di suicidio e ha ritrovato questa violenza nei suoi rapporti con gli uomini. Ma è una donna intelligente che suscita simpatia, e si interroga veramente su di sé.

L'oralità appare al primo posto e, oltre la bulimia, lei parla ininterrottamente e la sua parola non si rivolge quasi mai a qualcuno in particolare senza limite che è quasi mai indirizzata. Il primo intento dello psicodramma per lei – si tratta in questo caso d'uno psicodramma individuale con un piccolo gruppo di co-terapeuti - sarà d'introdurre una scansione, un taglio in questo discorso-fiume, quando scegliamo di rappresentare una scena.

Abbiamo rappresentato parecchie scene con sua madre, attuali e passate. Una scena attuale: Catherine telefona a sua madre e evocano il periodo in cui, da ragazza, viveva ancora da lei e le consegnava il suo intero stipendio. Sua madre lo nega e siccome Catherine insiste, la madre le riattacca il telefono in faccia. Catherine è molto ferita dall'atteggiamento materno che annulla propriamente quel suo contributo. Come se lei proprio non valesse niente.

Questo scenario si ripete spesso, lasciando Catherine sola e dolorosamente umiliata da sua madre. Recentemente abbiamo rappresentato una scena della sua infanzia (7-8 anni), evocata come un momento di grande terrore. Suo cugino, maggiore da 10 anni, abusa di lei regolarmente. Sua madre se ne rende conto e esige di sapere tutto quello che è successo, poi le proibisce di parlarne a chiunque, questa storia non deve in alcun modo da casa. Minaccia d'ucciderla se parla e aggiunge: «Se parli, lo saprò». Lei, bambina, è

terrificata, temendo che una parola le scappi.

Catherine non ritrova la paura provata nell'infanzia – e senza dubbio è irrappresentabile – ma con nostra grande sorpresa, dopo il gioco ride un po' e dice: «In realtà mia madre non aveva nessun potere su di me! Perché per me era come una sorella maggiore. Vivevamo dai suoi genitori e, per me, mia madre era mia nonna».

La rappresentazione di questa scena fa apparire la paura dalla parte della madre che teme che, in qualsiasi momento, sua figlia possa rivelare a tutti la vergogna che colpisce lei stessa nell'aver una figlia “sporcata”. Così questa madre terrificante si ritrova al livello d'una sorella che non ha nessuna autorità e che soprattutto si trova alla mercé d'una possibile parola di sua figlia. Dobbiamo precisare che questa seduta s'iscrive nel corso della cura di questa paziente in cui i giochi successivi, seduta dopo seduta, hanno permesso di far apparire nei ricordi della bambina picchiata, un'altra bambina viva, vivace: quella che scapava dall'annientamento. Mentre evocava ricordi in cui era picchiata o ridotta al silenzio, riappariva, durante o dopo il gioco, ciò che l'aveva salvata dall'annientamento, il suo spazio psichico, che sfuggiva alla violenza materna. Fino a questa ultima scena da cui appare il suo fantasma con la rivelazione del potere che aveva avuto lei su sua madre.

In questi due esempi, non ci troviamo in presenza di uno problema di un unico trauma, ma davanti alle conseguenze psichiche d'una violenza ripetitiva e subita nelle relazioni con gli adulti in posizione genitoriale. Numerosi pazienti arrivano allo psicodramma con una storia infantile segnata dalla violenza reale delle percosse o degli abusi sessuali. Il destino di queste storie è sempre singolare: queste percosse non hanno mai un effetto univoco e le conseguenze di questi malvagi maltrattamenti dipendono sempre dalla posizione che si è occupata nella relazione con genitori. Una parola ricorre molto spesso nei casi di abuso sessuale: «Non è tanto ciò che ho subito che mi ha distrutta quanto la risposta di mia madre di fronte all'accaduto, che non ha voluto credermi e che mi ha imposto di tacere».

La violenza non è tanto quella dell'atto quanto quella della parola genitoriale che l'annulla.

Lo psicodramma permette, con la sua dimensione di rappresentazione, che parola e trauma siano riarticolati.

L'attenzione precisa portata alla realtà vissuta dai pazienti nel dispositivo dello psicodramma della SEPT è particolarmente pertinente in queste situazioni dove è avvenuto un trauma reale di cui il corpo conserva la traccia.

Noi diamo il benvenuto alle versioni successive di questi pezzi di reale con l'obiettivo di fare sorgere la posizione del soggetto nella storia traumatica.

Isabelle Andreu

Psichiatra presso l'ospedale Sainte Anne Parigi Francia, Psicodrammatista, Membro titolare SEPT, Membro della commissione d'insegnamento della SEPT

Note

1. Freud S. (1920), *Al di là del principio di piacere*, in *Opere*, vol. IX, Bollati Boringhieri, Torino, 1986
2. Lemoine G. e P. (1972), *Lo psicodramma*, Feltrinelli, Milano, 1973
3. Gioco di parola: in francese si usa la stessa modalità sia per le botte che si ricevono sia nell'espressione bere “un colpo”, cioè bere un bicchiere



Trauma in scena: oscillazioni tra reale e fantasmatico

Antefatto

Dante è un uomo di 44 anni, inserito in Comunità psichiatrica dall'ottobre 2010. Di famiglia operaia, risiedeva in una città lombarda con i genitori ed un fratello minore prima di arrivare in comunità come misura alternativa all'inserimento in OPG a seguito di comportamenti di molestie ed esibizionismo nei confronti di minori.

Presenta un quadro clinico riconducibile ad una sindrome frontale post-traumatica, esito di un incidente automobilistico avvenuto in età adolescenziale, caratterizzato da ideazione e comportamenti megalomaniaci, motti di spirito, condotte impulsive.

Quindicenne, Dante era rimasto vittima di un grave incidente stradale: ricoverato in coma all'Ospedale della sua zona, aveva subito un intervento chirurgico di asportazione di ematoma acuto sottodurale temporale destro con conseguenti esiti di paresi spastica e importante sofferenza neuropsichica diagnosticata come uno stato di demenza post traumatica.

Il risveglio dal coma, dopo 40 giorni di perdita di coscienza, era avvenuto alla presenza della madre e con l'utilizzo di stimolazioni sensoriali, in particolare le canzoni dei Pooh, il suo gruppo musicale preferito.

Dopo la riabilitazione, con recupero parziale del deficit motorio, permaneva un certo impaccio nella deambulazione ed una lentezza nell'esecuzione dei movimenti associati ad un eloquio modestamente disartrico. Tale sintomatologia residua non è stata di ostacolo negli anni successivi all'acquisizione della patente di guida ed allo svolgimento di diverse attività lavorative.

Le rilevanti conseguenze psichiche del danno cerebrale vengono descritte in cartella clinica come “infantilismo, bizzarrie comportamentali in netto contrasto con una personalità premorbosa descritta come bene adattata alle norme socio-familiari, deficit di critica e di giudizio, superficialità, disinibizione sessuale espressa sotto forma di comportamenti sessuali distorti (voyeurismo, maldestri approcci all'altro sesso attuati con argomentazioni infantili e farraginose, allusioni a contenuto vagamente erotico, tentativi di approcci impropri ed incongrui per il contesto e la persona interessata), abitudine a stabilire un contatto fisico con la persona astante per dare più credito alla conversazione (sfiorare un braccio, prenderle la mano, cingerle le spalle), discontrollo della propria impulsività, comportamenti antisociali (piccoli furti, maldestri tentativi di truffa), logorrea associata a vischiosità”.

Se si prende in considerazione il concetto di trauma non solo come conseguenza di eventi accidentali, questo può essere ampliato includendo non solo abusi e molestie ed altri eventi particolarmente stressanti per il soggetto (ad esempio, delicate operazioni chirurgiche come nel caso di Dante), bensì anche traumi emotivi che si inscrivono nella

relazione tra il paziente e una o entrambe le figure genitoriali. «Trovarsi in una condizione di isolamento emotivo, in cui il soggetto non riceve contenimento, né adeguato rispecchiamento alle proprie angosce, provoca uno stato penoso che può essere controllato mediante il ritiro in fantasie autoindotte, che sviluppandosi assumono una valenza erotica; se i genitori, e in special modo la madre, non si accorgono di tale ritiro o addirittura lo consentono attraverso modalità più o meno coscienti, la predisposizione alla perversione è data»¹.

Sin dall'esordio della sintomatologia psichica post-traumatica ci si potrebbe porre, dunque, la domanda dell'incidenza della personalità pre-morbosa di Dante nello sviluppo della patologia perversa di cui egli è sofferente, “giustificata” dalla famiglia come conseguenza dell'incidente automobilistico.

Dante, comunque, fa il suo ingresso in comunità agli arresti domiciliari, dopo essere stato fermato poco prima per il reato (continuato) di violenza sessuale verso persona in inferiorità fisica e psichica, vale a dire una ragazzina minore di quattordici anni. Dell'episodio, Dante fornisce una spiegazione molto personale: in modo scherzoso si sarebbe rivolto ad una ragazzina facendo un apprezzamento al suo abbigliamento ma vedendola spaventata l'aveva abbracciata per rassicurarla, proseguendo poi per la propria strada.

È il paziente più esperto nel gruppo di psicodramma della comunità, colui che vi partecipa dalla sua fondazione, tanto da sentirsi investito della funzione di accogliere i nuovi ingressi, spiegando le regole del gruppo e ponendosi quale elemento in possesso di una storia collettiva da raccontare e condividere. Non racconta molto invece della propria vita, sottolineando il suo essersi già narrato in un tempo passato e sfuggendo alla domanda dell'Altro attraverso l'uso di “battute di spirito” come via di fuga.

Durante una seduta, nel tentativo di consigliare un compagno di gruppo, Dante dice: «A volte, si può raccontare un segreto senza necessariamente doverlo fare parlandone in prima persona, ma declinandolo su altri». Con questa affermazione Dante ci ha dato in parte spiegazione di come intenda svelarsi e concedersi: “attraverso gli altri” ed attraverso le storie, i racconti e le opportunità che il gruppo permette di cogliere.

Come sostiene Paul Lemoine (1975) in un articolo sulla pulsione scopica «Nello psicodramma è lo sguardo comune del gruppo che [...] individua la falla e mette in luce il desiderio [...] l'inconscio vi si ritrova non solo sotto forma dei ricordi infantili repressi, ma anche come fantasma [...] ed è attraverso i fantasmi che si svela la struttura, cioè la relazione che un soggetto intrattiene con l'oggetto delle sue pulsioni»².

In che modo, tuttavia, affrontare la cesura esistenziale che il trauma del coma pare aver prodotto in Dante tenendo in debito conto sia la personalità premorbosa che l'effetto catastrofico dell'evento?



Pablo Picasso, Guernica, 1937

Coma, sindrome frontale e perversione

È possibile pensare al coma non soltanto come uno stato di assenza di coscienza protratto nel tempo, ma come una esperienza di transito fra la vita e la morte in cui il soggetto si trova a ripetere, amplificandole, situazioni fisiologiche (il sonno, da cui etimologicamente deriva il termine greco) o patologiche (la crisi epilettica) o indotte (l'anestesia) più consuete.

È altrettanto importante ricordare che il risveglio dal coma avviene in tre fasi, dapprima in uno stadio di solo apparente contatto con l'ambiente circostante, definito stato vegetativo e caratterizzato da risposte motorie non volontarie mediate dall'attività sottocorticale, successivamente in un periodo di attività corticale di reattività muta, con attività cognitiva di base ridotta a causa di disturbi della memoria e dell'attenzione, come in una fase confusionale e solo al termine del processo si recuperano l'autonomia delle capacità di base della vita quotidiana e delle funzioni intellettive e socio-relazionali.

È nello stato vegetativo che la stimolazione sensoriale (nel nostro caso la musica dei Pooh) può avere qualche effetto, cioè influenzando la ripresa di funzioni automatizzate, come ad esempio la respirazione, l'andamento pressorio e cardiocircolatorio, mentre non vi sono evidenze cliniche di analoghi effetti stimolanti sul recupero della coscienza, mentre sono certamente di ausilio gli accorgimenti ambientali per riordinare la fase confusionale.

Pur sinteticamente abbiamo descritto un processo di estrema complessità, in cui compromissioni anche parziali possono determinare deficit neurologici rilevanti e/o disturbi della personalità significativi, come peraltro segnalato in letteratura fra gli esiti di *Disturbi post-traumatici da stress* anche molto meno catastrofici del coma, in particolare la sindrome frontale diagnosticata a Dante.

Si tratta, come già anticipato, di un quadro clinico caratterizzato da deficit cognitivi che compromettono le funzioni attentive, la capacità di pianificazione delle azioni e di

risolvere i problemi e da disturbi emotivi e comportamentali, con eccessiva disinibizione, instabilità affettiva e reazioni incongrue agli stimoli ambientali.

Un film *cult* degli anni '70, *Arancia meccanica* di Stanley Kubrick, ci fornisce immagini drammatiche degli eccessi del discontrollo delle aree frontali: il protagonista, Alex, è un giovane operaio londinese a capo di una banda di balordi dedita a violenze gratuite di ogni genere (stupri, pestaggi, aggressioni a vittime indifese, rapine), che, una volta catturato ed incarcerato viene sottoposto ad un trattamento sperimentale rieducativo, consistente in visioni obbligatorie di scene di violenza in aggiunta a trattamento farmacologico.

Terapia basata su ripetizioni di scene e sulla coazione a mantenere lo sguardo sulle componenti aggressive dell'individuo, evitandone la rimozione.

Tale trattamento annulla il libero arbitrio di Alex, tanto che egli viene sottoposto ad umiliazioni e violenze che subisce senza reagire, provando sensazioni di nausea ogni volta che lo sfiora il pensiero di rispondere aggressivamente ad una offesa.

Una volta scarcerato, ritrova alcuni dei personaggi vittime dei suoi soprusi che approfittano dell'inversione dei ruoli e si pongono come aggressori: in una di queste situazioni Alex tenta il suicidio gettandosi da una finestra e cadendo in coma.

Al risveglio Alex prende coscienza che l'effetto del trattamento rieducativo è esaurito e che la personalità violenta si è ricostituita e decide di usarla legalmente fino a farsi nominare capo della polizia.

Romanzo che amplifica molti dei temi che stiamo affrontando, sottolineando particolarmente il conflitto fra la violenza patologica del soggetto e la reazione istituzionale che ne annulla il libero arbitrio come unico trattamento possibile: conseguenza particolarmente visibile nei soggetti sottoposti a lobotomia frontale, uomini-automi ancora presenti nell'ospedale psichiatrico di Alessandria negli anni '70.

Nel paradosso di una “psicoterapia coatta”, tuttavia, si può riflettere sulla trasformazione del soggetto attraverso l'osservazione di scene, il processo di identificazione con i personaggi in gioco, l'assunzione del ruolo di vittima dopo aver preso coscienza delle sofferenze inflitte all'Altro nella posizione di aggressore ed il recupero delle proprie istanze pulsionali rese più accettabili socialmente dal cambiamento di status, divenendo addirittura tutore dell'ordine.

Temi di riflessione da tener ben presenti in un gruppo di psicodramma in comunità composto da membri per lo più sottoposti a procedimenti prescrittivi della magistratura ed in particolare per Dante, in cui, al di là della componente normativa, vi può essere un vincolo al “libero arbitrio” correlato alla specificità del disturbo frontale post-traumatico.

Varie ipotesi patogenetiche giustificano la sintomatologia della sindrome frontale:

secondo Shallice (1991) le disfunzioni, in particolare della sfera cognitiva, sono da ricondurre ad un deficit del Sistema Attenzionale Supervisore, che garantisce nella norma un controllo vigile delle funzioni automatiche sottostanti, modulando il sistema di selezione competitiva che attiva o inibisce schemi di comportamento.

La lesione frontale, danneggiando il Sistema Attenzionale Supervisore, determina comportamenti rigidi ed inflessibili e distrazioni per incapacità di attivare gli schemi importanti e di inibire quelli superflui.

Secondo Damasio (1995), invece, che definisce la sindrome frontale “sociopatia acquisita”, utilizzando una terminologia che evidenzia i disturbi emotivo-comportamentali, si tratta di un danno al Sistema di Marcatura Somatica, che aiuta il soggetto nel processo decisionale, collegando alle rappresentazioni interne stati del sistema nervoso autonomo, vale a dire sensazioni soggettive di benessere che fungono da incentivo all'azione o di malessere che fungono da campanello d'allarme e da disincentivo.

Il marcatore somatico costituisce una sorta di segnale anticipatorio, acquisito dal soggetto attraverso l'esperienza di circostanze esterne inclusive di norme sociali ed etiche, in termini psicodinamici l'istituzione di istanze superegoiche che modulano i comportamenti umani.

Questo modello interpretativo della sindrome frontale applicato ai comportamenti perversi relativi alla sessualità, imputati a Dante e causa dell'arresto domiciliare in comunità riflette in fondo alcune delle caratteristiche attribuite alla perversione da Freud nei “Tre saggi sulla Teoria della Sessualità” (1905), in particolare una continuità fra il normale ed il patologico e la compresenza di livelli primitivi ed adulti di sessualità.

Più modernamente, l'approccio teorico alla perversione della psicoanalisi si situa su tre diverse posizioni: la prima (Chasseguet-Smirgel, 1985) riprende la teoria dello sviluppo psicosessuale di Freud considera la perversione una deviazione in cui la realtà psichica viene frammentata e rimescolata, abolendo le differenze fra il buono ed il cattivo, in un mondo ideale senza tempo e senza spazio.

In una versione post-kleiniana Rosenfeld (1988) e Meltzer (1973) attribuiscono l'organizzazione patologica perversa a nuclei narcisistici distruttivi che prendono il potere sulle parti sane, sottomettendole, così come nel perverso si manifesta un trionfo crudele sull'oggetto sessuale.

La posizione a nostro avviso più interessante in relazione al tema che intendiamo approfondire, pur considerando la perversione una relazione oggettiva narcisistica, la ritiene una funzione difensiva dall'angoscia che minaccia l'identità della persona ed un tentativo verso forme più integre di strutturazione del sé (Kohut 1997).

Masud Khan (1979) parla di interferenza traumatica nello sviluppo della perversione, di microtraumi infantili e di trauma cumulativo, che contribuiscono a creare aree caratteriali di tipo narcisistico ed autoerotico specifiche, che struttureranno la

personalità del soggetto perverso.

I ipotesi neurofisiologiche e teorie psicodinamiche convergono a definire complesso il quadro clinico della sindrome frontale e dei suoi effetti cognitivo-comportamentali e del suo trattamento e a mettere in dubbio la certezza di una reazione causa-effetto univoca, sia pure a seguito di un evento catastrofico quale il coma come nel caso di Dante.

Sociopatia acquisita, ci dice Damasio, ma a che punto della storia del soggetto?

Quali gli effetti dello psicodramma in situazioni in cui il trauma oscilla dal reale al fantasmatico?



Pablo Picasso, Les jeux, 1950

Il trauma in scena: stimoli per un risveglio

Dante, ripensando all'esperienza del coma che ha lasciato tracce mnestiche frammentarie, in una seduta verbalizza in gruppo che «decidere di stare a letto non è piacevole». È così che in gruppo prova a riconnettersi all'esperienza del coma, attraverso la narrazione di un momento particolare in cui i genitori sono in comunità a fargli visita, durante il periodo nel quale egli aveva deciso di fare lo sciopero della fame come protesta nei confronti del sistema giudiziario che prolungava la sua degenza.

È Dante a chiedere, nel qui ed ora della seduta, di poter “rivedere” la sequenza di tentativi di stimolo messi in atto dagli operatori e dalla coordinatrice della comunità, per indurlo ad alzarsi dal letto e a riprendere la cura di sé.

- Un educatore della comunità tenta di farlo alzare dal letto proponendogli di giocare a carte: è Damiano, un giovane paziente considerato da Dante “come un fratello” ad assumere questo ruolo. Dante però non si alza, nonostante abitualmente il gioco delle carte costituisca per lui una forte motivazione.
- Un secondo tentativo è quello messo in atto dalla coordinatrice della comunità la

quale si reca nella stanza di Dante e gli comunica che sarebbero arrivati i suoi genitori, ma anche in tale circostanza, Dante non intende alzarsi e dice di non credere a ciò che gli viene detto. È Asia, una collega psicologa che nel gruppo di psicodramma riveste la funzione di Io Ausiliario, ad essere chiamata nel ruolo della coordinatrice: abitualmente Dante è particolarmente ricettivo alle indicazioni degli operatori, anche nel gruppo ove le parole delle psicologhe rappresentano idee da non trascurare, ma anche questo stimolo risulta insufficiente.

Arrivano i genitori e Dante solo allora dice: «Mi alzo!». Verbalizza durante il gioco di provare vergogna ed imbarazzo nel farsi trovare dai genitori così trascurato e chiede alla coordinatrice di aiutarlo a farsi la barba. È Fausto, un giovane paziente proveniente da una famiglia piemontese medio-borghese, con notevoli aspettative nei riguardi del figlio, ad essere scelto per vestire i panni della madre di Dante, l'unica che può avvicinarsi in un primo momento, così come era stata colei che lo teneva per mano al risveglio dal coma.

Fausto, peraltro, viene prescelto anche in quanto condivide con Dante la passione per la musica, poiché durante l'adolescenza e sino all'esordio della sua crisi psicotica aveva studiato pianoforte in conservatorio: nel doppiaggio l'animatore rimanda a Dante che anche in un precedente risveglio suoni musicali avevano giocato una parte significativa, riferendosi al ricordo della canzone dei Pooh al momento dell'uscita dal coma.

- I genitori vengono a fargli visita, situazione totalmente inaspettata da Dante, tanto che inizialmente non ci credeva, pensava fosse una delle tante comunicazioni degli operatori funzionali a riportarlo all'attività quotidiana.

Circola il tema della fiducia: quanto potersi fidare dell'Altro? Per la prima volta, Dante riesce a mettere in gioco la madre, come se potesse offrirla allo sguardo del gruppo, mentre il padre, che nella scena reale rimane fuori dalla porta della sua stanza, per ora non trova posto nella rappresentazione.



Pablo Picasso, *Coppia e uomo con la pipa*, 1966

In precedenza le scene di Dante si riferivano alla vita quotidiana della comunità, conflitti con gli altri ospiti, richieste agli operatori, episodi durante le gite, con una censura rispetto al passato e al mondo familiare.

Due mondi distinti, due tempi separati, apparentemente senza continuità, entrambi idealizzati, tanto che spesso Dante parla della comunità come di una seconda famiglia che lo ha accolto ed a cui si è adattato.

Una breccia nell'idealizzazione della comunità-famiglia (la contestazione e lo sciopero della fame) e l'incontro con un materno affettuoso e sollecito interrompono il suo ritiro autistico: la relazione con la madre diviene il motore, la motivazione a ripartire, ciò che gli consente di concedersi di alzarsi e di affrontare il mondo.

Come sottolinea Elena Croce (2004), «Il fatto di poter giocare, invece di limitarsi a parlare contribuisce [...] a innescare quella capacità di rêverie che è la base delle costruzioni fondamentali in ogni corretto lavoro analitico»³.

Il passaggio da un coma subito come accidente della vita ad una chiusura al mondo scelta come autonoma decisione anticonservativa rappresenta già un transito in cui Dante sente di poter tornare protagonista della sua esistenza.

Si tratta veramente di alzarsi e di mettersi in gioco recuperando la memoria che pareva cancellata dal trauma.



Pablo Picasso, *La casetta in giardino*, 1908

Dallo sguardo alla parola

Analogamente all'acquisizione dell'identità del bambino attraverso l'allontanamento della figura materna e l'assunzione del padre a livello simbolico, nello psicodramma la ricostruzione di sé avviene attraverso il discorso che consente al soggetto di rivelarsi a sé stesso e al gruppo, mostrando il suo desiderio e la sua castrazione.

Il risveglio di Dante, mediato allora dopo l'incidente come nel qui ed ora del gruppo dalla funzione di rêverie materna, avvia il processo analitico dell'attualizzazione in un discorso che si dipana in una sequenza di giochi significativi, in cui si manifesta la sua relazione con la legge del padre.

In una seduta di poco successiva alla scena descritta, Dante prende la parola e racconta di aver subito un furto di trenta euro in Comunità e di averlo raccontato alla coordinatrice, la quale pare non averlo preso in considerazione. Di nuovo il tema della fiducia circola nel gruppo, attraverso le parole di più partecipanti. Vi è una minaccia dentro la Comunità? Questo non è un posto di ladri, affermano alcuni pazienti, ma Dante in gruppo forse teme di essere privato di alcune risorse, ad esempio del vantaggio secondario del disturbo post--traumatico che gli ha consentito sinora di mascherare la propria storia.

In associazione al furto subito Dante racconta un'esperienza vissuta in passato da adolescente, un episodio nel quale, trovato un portafoglio per strada, lo consegna ai Carabinieri. Nel gioco emerge la sua ambivalenza di fronte alla scelta "fra il bene ed il male", come dirà nel commentare la scoperta del portafoglio: ricorda, infatti, che la scena è più complessa e che la decisione della restituzione viene assunta in famiglia. Nel gioco Aldo, il paziente veterano della comunità con cui egli spesso entra in competizione è scelto nel ruolo del portafoglio, un oggetto gonfio di monete, anche di valuta estera; Nathan veste i panni della madre di Dante, perché è colui che lo aiuta con maggior disponibilità in caso di bisogno; Damiano è nel ruolo del padre, per la sua capacità di prendere decisioni. Nella scena la madre è in ascolto del marito, non interviene e lo asseconda. Dante dice inizialmente di essersi sentito fortunato nell'aver trovato così tanto denaro, ma aggiunge che quando è felice capita sempre qualcosa che interrompe tale stato emotivo. Nei panni del padre, infatti, Dante non crede alle parole del figlio, al fatto che possa aver trovato il portafoglio per strada «forse non dice la verità, lo ha rubato a qualcuno, comunque non si può tenere per sé un oggetto altrui». Dante è ambivalente, così verbalizza di sentire come propria la posizione della madre, adeguandosi al desiderio dell'Altro senza esprimere il proprio. Dante, attraverso la metafora del portafoglio, ha parlato anche di sé, del suo essere stato ripreso in vita, ritrovato ed essere entrato nella famiglia-comunità. Trovare, tenere, rubare, sembra esserci un conflitto fra una parte di Dante che vuole tenere per sé ed una che vuole restituire, ma non riesce ancora a stare da solo con la propria coscienza e necessita di adeguarsi alla legge del Padre, senza averla introiettata.

Un gioco di copertura in cui il conflitto non emerge, pur se inizia a trasparire dalle parole del padre.

Dopo poche sedute emergono contenuti erotici che Dante in gruppo ha sempre mascherato, minimizzando la portata dei propri comportamenti: inizia il suo racconto descrivendo quella che definisce la sua attività di “taxista notturno” che consisteva nel dare un passaggio con la propria auto alle prostitute in una città non troppo distante dalla sua residenza, in cambio di “una gratuita toccatina alla gamba”. «Facevo il taxista notturno per non pagare un prezzo, che poi pagavo al rientro, nell'incontro con mio padre», specifica. In seduta, Dante porta lo sguardo giudicante del padre, chiedendo a Nathan, che in precedenza aveva interpretato il ruolo della madre che assecondava il discorso del padre, di assumere il ruolo paterno. Descrive il padre come un uomo dallo sguardo autoritario e sottolinea di aver scelto Nathan perché tra loro si è instaurata “un po' di confidenza”, che permette di poter rivivere la situazione raccontata senza troppo imbarazzo. Nella scena è presente anche la madre, che dorme e non si accorge della situazione. È Asia, una collega psicologa, ad essere scelta in tale ruolo, perché Dante la sente taciturna nel gruppo, nonostante rivesta la funzione importante di Io Ausiliario. Il padre, durante la scena esprime la sua preoccupazione e non appena sente Dante entrare in casa, si alza dal letto e lo raggiunge, per assicurarsi che stia bene ma anche per comunicargli attraverso lo sguardo, di essere a conoscenza dei comportamenti del figlio e di quanto questi possano essere pericolosi ed inadeguati. Dante sente di essere scoperto dal padre, smascherato in una violazione delle regole familiari e sociali, ma ancora coperto da una presenza materna silenziosa, ma sempre con una funzione determinante.

«È nel giocare e soltanto mentre gioca che l'individuo, bambino o adulto, è in grado di essere creativo e di fare uso dell'intera personalità ed è solo nell'essere creativo che l'individuo scopre il sé»⁴.

Successivamente un inatteso elemento di realtà, che viene giocato in gruppo, contribuisce ad una accelerazione del discorso: Dante non deve più sottostare ai vincoli della pericolosità sociale, che il Magistrato ha annullato, ma deve fare i conti con il giudizio clinico dello staff della comunità, per cui si sente “sotto esame”, nuovamente uno sguardo giudicante che lo rimanda ad una situazione familiare.

Dante racconta di essere stato chiamato pochi giorni or sono in ufficio dalla coordinatrice della comunità, per giustificarsi di *avances* che avrebbe fatto nei confronti di una giovane paziente, comportamento che nega, portando in gruppo il suo sentirsi innocente ed il suo vissuto di essere colpevolizzato per un pregiudizio.

Il racconto dell'episodio in cui Dante viene scoperto dal “padre segugio” che ben conosce la motivazione dei suoi ritardi, da sempre legati al ruolo di taxista che egli riveste per le prostitute della zona in cui risiede viene associato al pregiudizio di una

colpa. Una narrazione già messa in gioco in cui oggi è possibile costruire una scena diversa, l'incontro ed il confronto con la figura paterna, l'incontro con il maschile al netto della presenza della madre che viene esclusa dal gioco.

È Antonio, non più Nathan, ad essere scelto da Dante per rivestire i panni del padre, ad indicare il cambiamento, oltre alla scomparsa della parte tutelante della madre, permettendo un dialogo esclusivo con il padre, che lo rimprovera apertamente per “tendenze sessuali a rischio”, evocando incidenti che potrebbero rovinare l'esistenza di Dante. Attraverso il gioco, è possibile osservare come finalmente Dante possa iniziare a raccontarsi ed a raccontare temi sempre tenuti nascosti: il padre come rappresentante di una coscienza superegoica tanto che il gioco si conclude con l'affermazione del protagonista di aver “subìto una sberla morale”.

Che cosa impedisce a Dante di far rientro a casa liberamente, almeno in permesso, dopo cinque anni di permanenza in comunità? Dichiara in gruppo di sentirsi “libero sulla carta ma non all'atto pratico!”, poiché dice sentirsi condizionato dalle possibili domande che le persone del paese potrebbero rivolgergli e dalle risposte da cui potrebbero emergere parti di sé che non vorrebbe rivelare. In Comunità, ha trovato una famiglia accogliente e per lui, dopo tanti anni, è come sentirsi a casa, mentre nel suo paese le persone conoscono ciò che qui, nella nuova casa, non è possibile “scoprire” completamente.

Associa un periodo nel quale si sentiva libero dai giudizi degli altri, mentre lavorava come manutentore-addetto alla pulizia degli spazi esterni presso una casa di riposo. Descrive tale attività come un “lavoro di coppia” poiché era affiancato da un collega: curava il giardino, toglieva le erbacce e si occupava di mantenere gli spazi puliti. Rievoca i “diversi spazi da curare”: le aiuole di cui si prendeva cura, una casetta come ricovero degli attrezzi che definisce “un po' chiesa, un po' camera mortuaria” ed una discarica.

La descrizione del luogo, dell'attività e del collega, il carico emotivo con cui racconta tale momento richiamano un desiderio a mettersi in gioco in una parte sinora inedita: Dante racconta che ogni martedì, alla stessa ora, “arriva la discarica”. Immediata l'associazione al gruppo, al setting ed al lavoro che, con tanta fatica, ogni venerdì mattina si fa insieme: «C'è un lavoro da fare tutte le settimane, c'è un prospetto da rispettare», queste le sue parole nel descrivere l'attività. Ma di quale attività stiamo parlando? Del lavoro nel là ed allora della casa di riposo o nel qui ed ora della Comunità?

Dante fa molta fatica a “sollevare il cassonetto” ed afferma che c'è un lavoro “sospeso” e molto complicato. Nella posizione del cassonetto si sente “quasi vuoto”, sporco e rilassato; solo dopo il “lavaggio” afferma di sentirsi bene. Ci si potrebbe domandare se il cassonetto non rappresenti la sua fatica nascosta, la parte più fragile, sofferente e condannata della sua personalità, ma anche il suo desiderio di poter essere pulito e la sua paura di essere scoperto come sporco. Nella posizione dell'aspirapolvere che definisce “pulivapo” è felice di poter svolgere il suo lavoro, di poter “dare una bella lavata al

cassonetto”. Nel gioco verbalizza il volersi mettere nella parte dell'immondizia, appiccicato, aderente al cassonetto, mentre rifiuta la possibilità di vedersi nel ruolo del collega, che solo successivamente descrive come il responsabile delle attività di manutenzione della casa di riposo, il suo superiore (forse l'animatore della scena?)

Dante, per la prima volta, prova a mostrare di poter maneggiare lo sporco e mette in luce che la possibilità di pulire necessita di un lavoro costante.

È una scena complessa, con oggetti concreti, di cui non è semplice la trasformazione in quote di pensiero. La sensazione è che Dante stia dicendo al gruppo che è arrivata l'ora di fare pulizia!

Dopo una seduta in cui esprime nuovamente la sua ambivalenza relativamente al cambiamento e la sua difficoltà nello scegliere la direzione da seguire, ma allo stesso tempo riesce a verbalizzare la necessità della Comunità non come reclusione, ma come cura, accennando alla pericolosità sociale legata a comportamenti impulsivi che ancora non precisa al gruppo, sceglie di non approfittare della proposta della coordinatrice della struttura di un permesso di due giorni a casa.

Per affrontare più apertamente in gruppo la propria sofferenza, Dante sembra aver bisogno di un ulteriore passaggio dall'indicibilità dei sentimenti, mascherati dai motti di spirito, alla libertà di espressione del conflitto, situazione che si presentifica in una scena in cui condotte trasgressive vengono consentite in un contesto non più sacralizzato.

Dante racconta un episodio al quale ha partecipato da ragazzo con il gruppo giovani della parrocchia, nel cui contesto protagonisti e contenuto possono mostrare una “trasgressione lecita e concessa”: uno spettacolo sull'altare, permesso dal parroco; dopo che le prove per la recita avevano avuto luogo in oratorio. Nel giocare la scena, Dante non sente il sacro, «in quel momento conta solo lo spettacolo». Lo spettacolo musicale era una sua proposta e, nel qui ed ora della seduta, egli sceglie di interpretare la canzone “Azzurro”; fatica molto nel contenersi sulla scena, è entrato pienamente nella parte del cantante. Qui si può mettere in mostra liberamente, col permesso dell'autorità, tanto che nella parte del parroco si sente orgoglioso dei suoi ragazzi ed afferma che «Gesù ha detto: *la mia casa è aperta a tutti*».

È come un canto liberatorio che pare interrompere la sacralità della parola, nella Chiesa allora ed ora nel gruppo, ma che consente a Dante di interpretare un ruolo di protagonista del proprio desiderio, accettando lo sguardo dell'Altro non più soltanto come una funzione giudicante, bensì come opportunità di iniziare a distinguere «tra quello che è e quello che sembra essere»⁵.

In una seduta successiva, infatti, Dante racconta di aver avuto uno scontro verbale con un'altra paziente della Comunità, non partecipante al gruppo, per il fatto di averla guardata. «Se la guardi si arrabbia!». Nel gioco sceglie Daniele nel ruolo della paziente che inizialmente pare accettare il suo sguardo e Paolo a rappresentare il resto del

gruppo, descritto come tranquillo e pacifico, in attesa di telefonare alla propria famiglia. Dante è lì, nel qui ed ora del gioco, e fissa insistentemente Daniele. Nei panni della paziente osservata esplose: «Porco!», verbalizzando di essere riuscito ad esprimere a Dante la sensazione di fastidio che prova. Mentre nella propria parte sente crescere il desiderio di sfida ed il piacere di sentire e vedere. Rifiuta il cambio di ruolo con Paolo, che rappresenta il terzo, il gruppo, lo sguardo esterno, in tal modo esprimendo il suo bisogno di rimanere nella coppia per giocare un gioco perverso conosciuto ma mai verbalizzato, nella doppia posizione di osservatore/osservato.

Ora Dante può rivelare apertamente la propria sofferenza, non più mascherata da motti di spirito e rivendicazioni.

Freud, affermando l'esistenza di qualcosa *al di là del principio del piacere*, sottolinea come vi sia nel soggetto una pulsione a ricominciare continuamente, ad insistere a ripetere esperienze desiderate ma mancate che pongono la questione della “pulsione di morte”. Tale ripetizione è spinta più dalla mancanza che dalla ricerca del piacere, mancanza e vuoto legati ad oggetti edipici perduti nel rapporto con coloro che hanno sostenuto le funzioni materna e paterna.

Allo stesso modo, la ripetizione che propone lo psicodramma analitico, al momento del gioco, rappresenta un tentativo inconscio di recuperare qualcosa che è mancato. Chi si “mette in gioco” inevitabilmente si espone a correre dei rischi, su tutti quello di liberarsi da difese che proteggono dalla paura di frammentarsi di fronte allo sguardo dell'Altro, ma in cambio del rischio, l'immagine messa in scena restituisce al discorso i ricordi trasformandoli in parole.

Dante, grazie all'attivazione dell'area transizionale del gioco, può finalmente uscire dal ritiro post-traumatico, dalla struttura psicopatologica ben definita da J. Steiner come un rifugio della mente, una zona in cui dominano fantasie onnipotenti e narcisistiche nonché relazioni perverse, elementi che sembrano garantire al sé pseudo sicurezza e tutela da emozioni altrimenti intollerabili.

Il discorso del Soggetto può così riprendere dal punto in cui l'alibi del coma gli aveva garantito una posizione di acritica passività di fronte alle pulsioni per iniziare ad assumersi per la propria parte la responsabilità della cura.



Pablo Picasso, *Les Femmes d'Alger*, 1911-1912

Alice Mangiarino, Psicologa, Psicoterapeuta

Massimo Pietrasanta, Psichiatra, Psicodrammatista, Didatta S.I.P.s.A

Note

1. F. De Masi, *Lavorare con i pazienti difficili*, Bollati Boringhieri, Torino, 2012, pag. 44
2. P. Lemoine, *La pulsione scopica*, in «Atti dello psicodramma», n.1-1975, Milano. pag.19
3. E. B. Croce, *Il gioco psicodrammatico come induttore della rêverie*, in «Funzione gamma» n. 426-2004, pag.5
4. D. Winnicott, *Gioco e realtà*, trad. it. Armando Roma, 1974, pag. 102
5. P. Lemoine, *La pulsione scopica*, in «Atti dello psicodramma» n.1 (1975), Milano, pag.17

Bibliografia

Chasseguet-Smirgel J. (1987), *Creatività e perversione*, Cortina, Milano
Damasio A.R. (1975), *L'errore di Cartesio*, Adelphi, Milano



Trauma del ricordo e ricordo del trauma. Alcuni spunti di riflessione su integrazione, ascolto e cura dei Minori Stranieri Non Accompagnati*

Permettetemi di pensare e credere che sia oggi difficile trovare un operatore della salute mentale che si occupi di soggetti migranti che non abbia difficoltà rispetto al posto da occupare all'interno dell'apparato terapeutico necessario alla cura di chi soffre. Non che la difficoltà riguardi la sua posizione etica: che sia un educatore o un operatore addetto ai servizi, che sia uno psichiatra o uno psicoanalista, la questione non cambia. Non si può non essere dalla parte del soggetto, non c'è e non può esserci alternativa. Non si può che stare dalla parte del soggetto dell'inconscio, del soggetto desiderante, dalla parte cioè, di chi fa i conti con la propria storia e con il proprio desiderio in rapporto a quello dell'Altro, di chi si è assunto la responsabilità, sovente in maniera inconsapevole, dei propri atti e che, proprio per questa responsabilità, è l'artefice della sua condizione esistenziale. Questo al di là di ogni cultura, del continente dove si è nati, del colore della pelle. Ciò che crea la difficoltà sono, piuttosto, l'odio razziale, la discriminazione culturale e la violenza gratuita e intollerabile che hanno caratterizzato e caratterizzano questo momento storico, culturale e politico della nostra nazione e non solo.

È ciò che magistralmente Jacques Lacan ha definito essere un mondo che è “*im-mondo*” e che Jacques-Alain Miller nel suo scritto *Elogio degli eretici* ha definito come quel «mondo che non può più essere pensato come armonioso, come un cosmo, costituito dalla corrispondenza perfetta tra microcosmo e macrocosmo, ma come un mondo eroso dalla distruzione e dall'aumento vertiginoso delle persone deportate, esiliate»¹.

Bisogna dunque essere eretici, nel senso indicato da Miller, essere cioè staccati “da qualsiasi conformismo” ma associati “con altri senza uguali” e non cadere nella trappola della sospensione del giudizio, propria di una certa psicoanalisi, perché «le difficoltà iniziano quando l'analista vuole continuare a sospendere il giudizio nelle questioni politiche, che vuol dire continuare a non scegliere». «Proporre la teoria del non scegliere - ci dice ancora Miller - come fosse il punto culminante della posizione analitica, è solo una teoria del doppio gioco. Non scegliere vuol dire non essere eretici. Quelli che non scelgono sono sempre i conservatori, gli ortodossi, i dogmatici, che non hanno bisogno di scegliere perché hanno il potere»². E noi, che ci occupiamo dell'ascolto di chi soffre non possiamo non sporcarci le mani, non possiamo non stare dalla parte di chi il potere non ce l'ha se non solo quello delle parole. E noi sappiamo bene che «la protezione della minoranza è il criterio della democrazia, quanto, e forse più, che non il governo tramite la maggioranza»³. Ciò che è fuori da qualsiasi logica, e mi riferisco a quella dell'accoglienza, dell'ascolto e del prendersi cura da parte delle istituzioni – che siano queste le Commissioni Territoriali o le Comunità e i loro operatori, ciò che è fuori da qualsiasi logica, dicevo, è che l'orrore dell'esperienza vissuta e raccontata, il terrore dell'essere stati a contatto con quell'esperienza limite per ogni

essere umano che è il venire a contatto con la morte, oggi, per assolvere ad un mandato istituzionale, non solo non viene creduta ma, piuttosto, mercificata per interessi politici riproducendo in tal modo ciò che appartiene alla memoria del trauma, la sua riattualizzazione. La rappresentazione dell'osceno, al giorno d'oggi, non incontra neanche il limite della vergogna.

La storia della psicoanalisi ci insegna anche che il rapporto tra verità, storia e politica è stato caratterizzato, fin troppo spesso, da una conflittualità che ha assunto in un recente passato, note che sono andate ben al di là di un confronto dialettico, assumendo toni ed azioni di vera e propria persecutorietà: in un'epoca dove l'ideologia negazionista sembra quasi prendere il sopravvento, ricordo che negli '20 e circa per settant'anni la psicoanalisi in Russia fu molto osteggiata, che lì dove la dittatura è stata al potere la libertà di pensiero, la ricerca della verità e la psicoanalisi sono state escluse dalla vita sociale e che nel '38, Freud, per poter ottenere il visto d'uscita dall'Austria, dovette sottostare alla condizione di dover sottoscrivere, sotto dettatura delle autorità tedesche e della Gestapo, che era stato trattato «con tutto il rispetto dovuto alla fama di scienziato». Freud in quell'occasione, però, chiese all'ufficiale della Gestapo la possibilità di aggiungere una frase, scrivendo di suo pugno «Posso vivamente raccomandare la Gestapo a chicchessia» mantenendo, in tal modo, alto il valore della verità storica che ancora si andava negando. Ed oggi, che si arriva anche a negare i lager libici e le torture di cui sono fatti oggetto tutti coloro che passano per quei luoghi, credo che chiunque lavori nell'ambito della salute dei migranti debba avvertire l'obbligo etico e morale di denunciare tutto ciò e di non colludere con quanto risulta essere un rigurgito di storia passata, ben radicata nella nostra, testimone di un'arretratezza culturale che non si è, fino ad ora, voluta superare. Dire che l'Italia è un Paese capace di tollerare la diversità, oggi sembra più un motto di spirito che altro. Il governo, che si fa portavoce dell'ignoranza e dell'odio razziale, è oggi quello che gran parte degli Italiani ha voluto e che applaude ogni qual volta si verificano scene da caccia all'uomo e dove quest'ultimo ha, invariabilmente, la pelle nera. Cosicché il lavoro che ci compete e che andiamo ad effettuare, deve tenere conto anche di questo aspetto: al di là del proprio volere, vi è ambivalenza, mistificazione e contraddizione nell'istituzione in cui si opera, dal momento che essa è inserita e fa parte di un assetto istituzionale che risponde ad una logica escludente e, in quanto tale, razzista. L'odio razziale, ciò di cui si parla, è strettamente connesso con l'ignoranza e questo, per saperlo, non dobbiamo certo cercarlo nelle parole di Tahar Ben Jelloun quando ci ricorda che il razzismo nasce dalla paura, dall'ignoranza e dalla bestialità⁴.

L'ignoranza, in questo caso, non è solo fondata sulla mancanza di nozioni e contenuti culturali, cosa riscontrabile, comunque, nei discorsi che ultimamente sono stati pronunciati con sfrontatezza e senza rispetto alcuno, ma si fonda principalmente sulla incapacità di entrare in contatto con le parti più intime del proprio sé. È l'ignoranza di

chi preferisce non sapere della propria estraneità a sé stesso, della propria costituzione soggettiva che è fondata sulla dialettica con l'Altro, una estraneità costitutiva, strutturale, nel soggetto, che risulta irriducibile a qualsiasi comprensione. La clinica psicoanalitica ci insegna, però, che questa ignoranza rimanda ad una posizione soggettiva ben precisa, rimanda alla non disponibilità da parte del soggetto a dialettizzare le proprie istanze personali, il proprio modo di essere, con quelle degli altri, posizione che affonda le proprie radici nella credenza paranoica che vi sia solo una verità, la propria, risultato questo di un sapere acquisito solo a scopo difensivo e finalizzato a fornire un'immagine di sé mistificata e falsa.

La psicoanalisi ci ha dato un'altra chiave di lettura per comprendere l'estraneità del soggetto: esso è straniero perché il suo luogo è, sempre, il luogo dell'Altro. È all'Altro che viene demandata la questione della sua costituzione soggettiva. Il bambino, qualsiasi sia il colore della sua pelle, qualsiasi sia il luogo della sua nascita, qualsiasi sia la cultura all'interno della quale costruirà la propria esistenza, non può che ricevere dall'Altro i significanti che lo costituiranno, non potrà che chiedere all'Altro il posto che occupa nel suo desiderio: il soggetto, cioè senza l'Altro, è destinato alla sua morte psichica. È questo che lo rende estraneo a sé stesso; è il fatto che per “*essere*” deve passare dalla definizione che l'Altro darà di lui. È ciò che lo rende alienato. E questa è una dimensione strutturale e, in quanto tale, ineliminabile. L'ignoranza razziale si fonda proprio su questa incapacità di riconoscere questa dimensione che Lacan definisce con il termine di *extimité*⁵, una estraneità contemporanea a quanto di più intimo il soggetto possiede e che Freud aveva chiamato *Unheimlich*⁶, la cosa più intima che si trova all'esterno, che perturba ciò che si crede pacifico, la beanza in seno alla propria identità con cui il soggetto deve fare i conti.

Sia per Freud che per Lacan, dunque, l'estraneo non è altro che una sorta di residuo d'essere, un residuo pulsionale impossibile da espellere del tutto, che mantiene l'apparato psichico in uno stato di disequilibrio strutturale. E Lacan ha coniato il termine *extimité* proprio per indicare questo processo.

Ma cosa ha a che fare tutto questo con il trauma? Una delle dimensioni di quella che è ormai diventata una categoria nosografica è la sua riproducibilità, il suo riattualizzarsi con manifestazioni sintomatologiche sempre più acute e destrutturanti che sono, come tutti coloro che lavorano con soggetti traumatizzati sanno bene, le manifestazioni attuali di un processo che si è strutturato in tempi passati. Freud proprio in tal senso ha utilizzato un termine che è al centro della questione del trauma, della sua collocazione temporale e dei suoi effetti ritardati: *nachträglich*, l'*après-coup*, il dipoi, il suo effetto retroattivo, nell'accezione lacaniana, che mostra proprio questa struttura temporale del trauma. Dell'azione differita del trauma Freud ne parla fin dal 1895, nel suo *Progetto di una psicologia*, quando dice che «troviamo sempre che viene rimosso un ricordo il quale è

diventato un trauma solamente più tardi»⁷.

Ed è sicuramente alla psicoanalisi, che del concetto di trauma ha costruito, come dice Roberto Beneduce «una complessa teoria del tempo, della memoria e della verità»⁸, che si deve fare riferimento dato che ne ha fatto un concetto cardine della sua teoria tanto che essa si fonda proprio sul concetto di trauma. È grazie alla psicoanalisi che oggi sappiamo che il cammino che va dal trauma al sintomo è unidirezionale e che è proprio la via del ritorno che è tagliata. Questa via di ritorno, dal sintomo al trauma, lo sappiamo dalla clinica, è per il soggetto impossibile da cogliere, da ricordare, essendo essa ricostruita dall'analista. Sappiamo anche che il trauma, qualunque esso sia, è essenzialmente connesso a un evento intercorrente che nasce dall'esterno e che si concentra non solo sulla realtà, l'intimità o la qualità dell'evento vissuto, ma anche sulla disposizione personale del soggetto e sulla sua specifica realtà mentale. Il trauma, minaccia l'intero processo di costruzione del senso, dei valori e dell'esistenza del soggetto. Una definizione che ritroviamo nella classica *Enciclopedia della psicoanalisi* di Laplanche e Pontalis ci dice, infatti, che il trauma è un «evento della vita che è caratterizzato dalla sua intensità, dall'incapacità del soggetto a rispondervi adeguatamente, dalla viva agitazione e dagli effetti patogeni durevoli che esso provoca nell'organizzazione psichica. In termini economici, il trauma è caratterizzato da un afflusso di eccitazioni che è eccessivo rispetto alla tolleranza del soggetto e alla sua capacità di dominare e di elaborare psichicamente queste eccitazioni».⁹

Sappiamo che Freud, dopo aver proposto una prima concezione del trauma fondata su un evento sessuale reale, la seduzione da parte di un adulto nei confronti di un bambino o di una bambina, rilesse il trauma alla luce del fantasma, dando in tal modo una sempre maggiore rilevanza alle ricostruzioni inconse e pulsionali di esso, dato che verità e fantasia nell'inconscio si equivalgono. Ma pur nella diversità dei modelli proposti, per la psicoanalisi, è sempre rimasto un punto fondamentale quello della relazione tra la capacità di tollerare la frustrazione da parte del soggetto e la funzione dello scudo protettivo il cui venir meno sta alla base dell'evento traumatico. Questo accento posto sul versante della soggettività del trauma, sulla capacità cioè di tollerare la frustrazione, chiamata anche “resilienza”, pone una questione non di poco conto, entrando nel merito della partecipazione, dell'implicazione soggettiva in ciò di cui soffre. Per intenderci, secondo la psicoanalisi, anche per ciò che riguarda l'effetto che il trauma produce nel soggetto, alla luce delle diverse risposte che si possono avere come effetto dell'esposizione ad eventi traumatici, ebbene, proprio in questa diversità di risposte, la psicoanalisi intravede una partecipazione soggettiva che, in quanto tale, si lega alla dimensione fantasmatica ed al suo godimento.

È questo che ha permesso a Freud di teorizzare che il trauma è sempre l'effetto retroattivo di un evento che ha la sua origine in un tempo antecedente che non ha avuto

modo di essere elaborato.

È vero anche che oggi, il trauma, non è solo quello che possiamo supporre nell'inconscio, ma il trauma è quello che nella quotidianità si suppone essere dappertutto e che ritroviamo sotto forma di accadimenti della storia, di fatti contingenti e non previsti. Il trauma, che ci si rifaccia alla psicoanalisi o a qualsiasi altra teoria che ne legga le sue coordinate fenomeniche, comporta sempre un'effrazione, una violenza, un eccesso che assale il soggetto provocandone uno shock. Questo essere colto alla sprovvista che, se ci si riflette bene, è assolutamente coerente con quella rottura dello scudo protettivo all'origine della teoria freudiana del trauma, ha come conseguenza il fatto di spostare il soggetto da parte in causa a vittima di un reale, impossibile da prevedere o da evitare, che con la sua irruzione nel campo del soggetto produce effetti spesso destrutturanti. Ma cosa può causare la rottura dello scudo protettivo se vi sono differenze individuali in risposta all'effrazione traumatica? Quale componente della storia del soggetto può risultare deficitaria tanto da far in modo che il soggetto si trovi in quella condizione di impotenza che, sempre Freud, ha definito con il termine di *Hilflosigkeit* e che è la conseguenza di un aumento di eccitazione che lascia il soggetto incapace di difendersi? L'aumento di eccitazione noi possiamo riferirlo sia alle istanze pulsionali che alle minacce esterne, agli eventi traumatici della quotidianità. Allora, quello che sembrerebbe evidenziarsi, in questo discorso intorno al trauma è che ciò che viene meno, che fa sì che ci sia rottura dello scudo protettivo è la condizione di impotenza soggettiva dovuta anche all'impossibilità di padroneggiare un determinato evento non avendo le strutture simboliche per farlo, ritrovandosi cioè in una condizione di fragilità nel rapporto con ciò che avrebbe dovuto garantire la propria sicurezza. Questa mancanza di sicurezza, allora, possiamo anche pensarla come l'effetto del venir meno della funzione del legame sociale, cioè del modo con cui il soggetto si relaziona, con il suo desiderio, con l'Altro in quanto a sua volta soggetto desiderante. È all'interno di questa dinamica che è così possibile cogliere quell'effetto traumatico che Freud ha introdotto con la sua lettura all'interno delle primissime relazioni parentali. Il trauma, dunque viene a caratterizzarsi intorno a quell'area che possiamo definire come il “sentirsi lasciato cadere dall'Altro” da parte del bambino, là dove il bambino si aspettava dall'Altro qualcosa. Si aspettava, cioè, di far parte dell'organizzazione libidica dell'Altro, di essere oggetto del desiderio di questi, di essere importante per lui, senza ricoprire, come le prime teorie sulla seduzione e quella successiva del fantasma proposte da Freud avevano ben messo in evidenza, il posto dell'oggetto goduto dall'Altro, di un Altro senza limiti e dal desiderio mortifero. È questa dimensione che caratterizza quella condizione di “impotenza”, l'*Hilflosigkeit* freudiana cui si faceva riferimento poco sopra, che comporta la paralisi del soggetto traumatizzato. In questo discorso, apparentemente assai complesso, è possibile rintracciare quegli elementi che la clinica attuale del e sul trauma presentano sotto l'egida del Disturbo da Stress Post Traumatico

(anche se in questa clinica ciò che manca è l'accento posto sulla singolarità del soggetto, come le varie edizioni del DSM mettono bene in luce) su cui si incardina tutta la prassi terapeutica, compresa la clinica transculturale che del trauma si è occupata, e non solo, ovviamente, per trattare gli effetti destrutturanti, nei soggetti, di decenni di colonizzazioni, di distruzioni delle matrici simboliche e delle leggi che ne regolavano il funzionamento sociale e politico dei paesi depredati. Quest'ultimo aspetto permette di leggere tutta la problematica sul trauma sotto un altro versante, senza per questo escludere ma anzi integrandosi con il modello psicoanalitico, quello degli effetti che la brutalità della storia coloniale ha prodotto sulla sofferenza di migliaia di esseri umani che si sono trovati a fronteggiare il terrore di una violenza senza limite agita, per il tramite di uomini senza scrupolo, da Paesi il cui unico interesse è stato lo sfruttamento delle risorse territoriali e la mortificazione dei loro abitanti.

Se da un lato è anche possibile pensare all'epoca attuale come un'epoca traumatizzata, la promozione di questo concetto a categoria clinica all'interno della quale far convergere temi ritenuti in precedenza appannaggio di altre modi di leggere le contingenze della quotidianità, la promozione di questo concetto, dicevo, ha comportato, però, una sorta di banalizzazione e di destoricizzazione delle esperienze traumatiche¹⁰ facendo perdere la particolarità e l'unicità dell'esperienza vissuta. Ma proprio perché il trauma è un evento spesso subito e si iscrive nel luogo dell'indicibile, in un buco nero del senso, che possiamo dire che di esso non si fa esperienza, non riuscendo mai a comprenderlo del tutto. Del resto, come è possibile comprendere l'esperienza della tortura, quando essa, come ben descrive Michel de Certeau¹¹, mira a porre il soggetto di fronte alla propria fragilità, alla propria intima indecenza, a quella condizione estrema di umiliazione, che così spesso abbiamo sentito nei racconti dei soggetti, uomini e donne, minori ed adulti, senza che questo possa fare alcuna differenza, dalla quale diventa anche impossibile pensare qualsiasi ribellione? L'accento, in questo caso non può non essere messo su quell'aspetto che siamo chiamati ad ascoltare ed a curare, a lenire con l'aiuto delle parole, e che rimanda «all'intenzionalità distruttiva dell'uomo stesso»¹². Questa intenzionalità è quella che si ritrova, nella sua drammatica ripetizione, utilizzando anche una lettura della Storia e dei rapporti sociali, che consente di comprendere un fenomeno, in questo caso il trauma, senza l'utilizzo delle categorie diagnostiche che si basano sulla oggettività dell'esperienza traumatica: mi riferisco alla trasmissione intergenerazionale del terrore e della violenza che si tramanda attraverso quelle che possiamo chiamare “*memorie incorporate*” e che trovano, proprio nel corpo, la possibilità di essere, dolorosamente, narrate. Ed è qui che ritroviamo quella duplice posizione soggettiva, nel dolore che il corpo trasmette e che rievoca, espressa tra la possibilità di cedere all'oblio della violenza subita o, piuttosto, alla necessità di ricordare, di dare un nome ed un senso a quanto vissuto, di circoscrivere il bordo del buco di senso, di rendere dicibile quella violenza senza limite di un Altro non regolato che ha fatto del proprio sadismo, della propria

perversione, la marca del proprio esserci. La scelta del ricordo e della cura attraverso le parole, della sua rievocazione drammatica, della riesumazione di volti, frasi, gesti che hanno caratterizzato la violenza e la tortura subita e che hanno marchiato il corpo con la loro consistenza, è un ritorno all'inferno dell'esperienza, è un riattivare la testimonianza che il corpo offre, che l'irrappresentabile è stato rappresentato, che la perversione della violenza ha avuto luogo, testimoniata ancora una volta dalla sofferenza e dall'orrore delle scene che si ripresentano. E qui si pone anche un'altra questione, questione che apre al rapporto tra realtà e verità dell'esperienza traumatica. Possiamo, per esempio interrogarci se già il significante stesso che così facilmente utilizziamo, quello di "trauma" sia sufficiente a dire tutto il possibile del dramma dell'esperienza limite vissuta, dell'estrema sofferenza, della mortificazione del corpo o se, piuttosto, il significante usato, nella sua "insaturicità", non lasci fuori senso parte dell'esperienza soggettiva, del dramma umano e del suo rapportarsi ad una violenza senza limite. Ancora, se il racconto del trauma sia da ascrivere dal lato della realtà dell'esperienza vissuta o, piuttosto, su quello della verità, fatta di parole attraverso le quali il soggetto ha l'unico modo di rappresentare e storicizzare il proprio esserci. Questa dicotomia entra, per esempio, pesantemente in gioco quando le Commissioni Territoriali sono chiamate a valutare l'attendibilità dei fatti narrati, delle esperienze vissute, sancendo spesso con le loro valutazioni, quello che il "trauma intenzionale", così ben descritto da Françoise Sironi¹³, ha già in un tempo neanche tanto passato, imposto. Il trauma intenzionale è un trauma indotto, voluto da esseri umani o da quelle costruzioni ideologiche o credenze che non sono altro che loro espressioni, loro modi di rappresentare una concezione del rapporto con l'Altro basato sulla violenza, lo sfruttamento e l'asservimento. La forza espressa dal trauma, dunque, dice al contempo sia il sistema che la alimenta che la radice umana abitata da una pulsione mortifera che trova, nell'intenzionalità, il suo modo di esprimersi: lo fa attraverso la tortura, la disumanizzazione, la deculturalizzazione con l'obiettivo di produrre una trasformazione ed un mutamento dell'essere. Questa memoria traumatica, che si trasmette di generazione in generazione ed attraverso la storia collettiva dei popoli, rimane incistata e spesso silente, nella vita dei singoli, nelle memorie traumatiche spesso non sapute di chi, in maniera del tutto casuale, talvolta, entra in contatto con accadimenti che ne risvegliano la loro presenza. Cosa si può opporre, allora a questa legge del trauma? E come pensare la sua narrazione, che diventa per ciò stesso, testimonianza, in rapporto a quella dimensione di verità soggettiva cui si faceva cenno prima? Quale cura è possibile degli effetti devastanti dei traumi intenzionali, dall'efferatezza degli esseri umani, dal godimento mortifero che anima coloro che i traumi li infliggono?

Al nostro Servizio di Psicologia dell'ASP Palermo abbiamo dovuto affrontare due questioni diverse: quella dell'intervento al momento dell'arrivo in città delle navi che avevano soccorso in mare giovani africani provenienti dalla Libia, spesso salvati da un

naufragio che ad alcuni di loro era costata la vita; l'altra, la questione della loro presa in carico e della loro cura. Questi due momenti, inizialmente distinti - prima ci si è occupati dell'accoglienza all'arrivo al porto di Palermo - sono stati effettuati in concomitanza, nel momento in cui si è costituito l'*Ambulatorio per la presa in carico ed il trattamento dei Minori Stranieri Non Accompagnati vittime di abuso e violenza* dove lavoro, insieme ad una collega, per poi, in questo ultimo periodo, caratterizzarsi come solo intervento clinico rivolto alla presa in carico dei ragazzi immigrati. Il nostro intervento sulla banchina del porto, all'arrivo delle navi stracolme di uomini, donne e minori spesso non accompagnati provenienti dall'Africa, sfiniti da un viaggio di ore o di giorni su barconi e gommoni fatiscenti, in condizioni disumane - viaggio che ha pur tuttavia posto fine a periodi dove l'orrore dell'indicibile fatto di violenze sessuali, torture e brutalità di ogni tipo vissute nelle carceri o nelle *connection houses* libiche - il nostro intervento, dicevo, ha dovuto ascoltare voci senza suoni che solo le esperienze traumatiche più terribili riescono a rendere assordanti, osservare sguardi pieni di angoscia per ciò che avevano vissuto ed a cui avevano assistito - la morte spesso di parenti, fratelli, genitori, figli o di semplici compagni di viaggio e di speranze - movimenti rallentati che solo chi vive nel terrore e nell'attesa della brutale e prepotente violenza dell'Altro può rappresentare. Il nostro intervento, in questo scenario di orrore si è estrinsecato in una presenza solidale e comprensiva del dolore altrui, in un ascolto partecipe anche lì dove le parole e i suoni non potevano essere uditi, in una disponibilità a servire loro da ancoraggio e da supporto, capace di rendere reale il prendersi cura anche delle loro necessità elementari. Questa prima fase di intervento, come si può ben capire, ha dovuto anche fare i conti, in noi operatori (psicologi, medici, infermieri, mediatori culturali) con i resti che i racconti ascoltati o le immagini dei loro corpi e dei loro sguardi, cui non potevamo sottrarci, producevano in noi stessi. È un lavoro di elaborazione e di chiarimento, fatto di incontri e di racconti, su ciò che ci succede nell'essere esposti alla tortura raccontata, racconti che non possono non lasciare traccia.

Altra questione si è posta, poco dopo, quando siamo stati incaricati anche di occuparci dell'ascolto e della cura di quanti, giunti in Sicilia, transitavano nel territorio palermitano nelle comunità di prima e seconda accoglienza. Dovevamo farci carico di quell'ambito di esperienza traumatica che Marcelo Vignar, uno psichiatra latino americano vissuto in Francia dopo essere fuggito dal regime dittatoriale del suo Paese, ha descritto con queste parole: è tortura «ogni comportamento intenzionale, qualunque siano i metodi utilizzati, che ha il fine di distruggere il credo e le convinzioni della vittima per privarla della struttura di identità, che la definisce come persona»¹⁴.

Ma a partire da quale domanda? E quale cura possibile proporre e, alla luce di quanto detto prima, di quale trauma eravamo chiamati a rispondere e ad ascoltare?

Un'altra questione, inoltre, si poneva nel rispondere al nostro mandato: l'esperienza fatta durante le operazioni di arrivo a Palermo di questi ragazzi e l'evidenza somatica,

spesso, ci hanno fatto constatare che, in un'alta percentuale di casi, dovevamo occuparci non soltanto di soggetti anagraficamente minori, ma anche di soggetti che pur dichiarandosi tali non lo erano nel loro Paese di provenienza. Non solo: vi era un'altra questione da dover prendere in considerazione. Questi minori hanno dimostrato, con i loro atti, di essere molto più “adulti” di ciò che il nostro immaginario ci porta a considerare. Sono soggetti, cioè, che nella loro vita, per le contingenze sociali e familiari vissute nel loro Paese e per la loro storia migratoria, hanno dimostrato di essere capaci di soddisfare, spesso da soli, i bisogni alimentari utili per la propria crescita, di mobilitare istanze psichiche ed affettive finalizzate alla messa in atto di strategie in grado di provvedere alla sopravvivenza emotiva, di sopravvivere all'orrore della miseria, dell'abbandono e della violenza intenzionale. Si doveva, dunque, pensare ad una cura che considerasse l'ascolto di soggetti che, con i loro atti, avevano dimostrato ampiamente di essere capaci di farsi carico delle loro necessità personali, che avevano saputo resistere alle contingenze di un Reale senza senso, affrontandolo con quanto di più intimo possedevano, la loro struttura di desiderio. Si doveva, pur tuttavia, considerare anche che questo ascolto, pur cogliendo l'unicità di una responsabilità soggettiva e di una loro capacità di provvedere a se stessi, doveva prevedere la presenza sia di una tutela legale che di una funzione di *advocacy*, che ne delegittimava, però, almeno parzialmente, il riconoscimento stesso della loro libertà, capacità di scelta e autonomia. E poi c'era l'aspetto più gravoso: se la tortura ha per finalità quella di annientare il prigioniero, di privarlo della sua identità, di escluderlo dal suo gruppo di appartenenza, dalla sua cultura e dai suoi valori, se lo scopo è devitalizzare la sua vittima, rendendola oggetto di un godimento senza limite di un Altro abitato da un desiderio perverso, sadicamente orientato, come affrontare la questione della cura, della presa in carico di coloro che sono stati privati della dignità e della loro stessa percezione di esseri umani, senza correre il rischio di essere inizialmente annoverati nella serie dei persecutori? La cura del trauma, infatti, deve affrontare il passaggio determinato dal fatto che esso stesso è il risultato di una violenza inferta volontariamente da un altro uomo. E questa violenza se, da una parte, chiede di essere dimenticata, dall'altra il dolore che si ripresenta nell'esistenza quotidiana, negli incubi notturni, nei dolori di cui il corpo si fa portavoce, sono la testimonianza, piuttosto, di una difesa proprio contro questa volontà che su l'orrore cali l'oblio, che il ricordo si cancelli, che magicamente, quella che di ciò che è stata la propria storia, non rimanga nessun ricordo. Questi ragazzi dal passato e dal presente indistinguibili, confusi e contraddittori, con i loro *flashback*, i pensieri intrusivi, gli incubi durante i quali il passato ritorna e si confonde con il presente, con un'identità devastata e senza capacità di controllo delle proprie emozioni, spesso in balia di comportamenti ed azioni apparentemente immotivate ed “etichettate” come aggressive e violente, tutti effetti dell'esposizione al trauma, presentavano anche un altro delle conseguenze delle esperienze vissute: quella sensazione di possesso, di cui

parla Françoise Sironi e che è l'esito del processo "dell'influenza"¹⁵ che si riscontra dopo essere stati esposti a sessioni di tortura e che rimane attivo anche dopo che queste siano terminate: la tortura che è spesso accompagnata da frasi che destrutturano il senso di continuità vitale dell'essere umano, rimangono impresse nella memoria della vittima, tanto da crearsi una sorta di dialogo interno che non fa che presentificare e riattualizzare la violenza subita, in una spirale senza uscita. Abbiamo così, cercato, con i nostri interventi, di essere il meno intrusivi possibili, di frapporre all'arbitrio, alla violenza ed al sadismo dell'Altro del trauma, una presenza regolata, mite e quanto più attenta a ricevere da questi ragazzi indicazioni utili per il nostro posizionarci, affinché potessimo cogliere, con le loro indicazioni, fin dove si potevano spingere nel raccontarci le loro esperienze, nel tentativo di contornare quel buco di senso che la violenza dell'Altro scava nell'esistenza umana. E' un modo per permettere al soggetto di ricostruire un discorso in cui trovare pezzi della propria storia che possano legarsi alla sua condizione attuale e che possano creare un legame sociale senza correre il rischio di essere annientato. E' una cosiddetta clinica del preliminare del preliminare, dove risulta prioritario tentare di decostruire e delegittimare la presenza dell'Altro persecutore, al fine di riattivare le risorse soggettive presenti prima dell'esposizione all'esperienza traumatica. Ed è un modo di prendere posizione a fianco del soggetto, attaccando in maniera esplicita la colpevolezza del carnefice, esplicitando e ridefinendo le manifestazioni sintomatiche di cui sono portatori le vittime come strategie atte alla loro sopravvivenza. Per far fronte a tutto questo abbiamo trovato utile ed opportuno un lavoro in co-terapia strutturato in piccolo gruppo aperto, al cui interno sono presenti, oltre ad un mediatore culturale, altre figure (psicologi e antropologi). Questo assetto, è risultato utile e protettivo non solo per noi terapeuti, ma è capace di offrire un ascolto diversificato, dove le valenze transferali vengono indirizzate anche su altre figure evitando la canalizzazione di eventuali affetti ed emozioni a valenza persecutoria su un solo terapeuta.

Brevemente vorrei presentarvi, adesso, due frammenti clinici, nella speranza di rendere un po' più chiaro quanto sopra riportato.

Ousman, è un giovane ragazzo senegalese non ancora maggiorenne, che ci è stato segnalato per una eventuale presa in carico, dalla responsabile di una comunità di secondo livello, per i suoi atti di intolleranza verso le regole comunitarie e per la sua alterna adesione ai progetti "psico-educativi" previsti dai protocolli ministeriali e della comunità. Di lingua madre ed etnia Wolof, di religione musulmana, Ousman è cresciuto fino ai suoi otto anni all'interno del nucleo familiare originario composto dal padre agricoltore, dalla madre casalinga e da altri tre fratelli. Da quell'età, acquisita una maggiore autonomia e per la voglia di trascorrere più tempo con gli amici, è stato

affidato dal padre, data la sua difficoltà ad imporsi, al proprio fratello, sposato, con tre figli e di professione muratore. I metodi “educativi e correttivi” messi in atto da questi nei confronti del nipote, sono stati più degli atti di violenza che altro. Ousman è stato malmenato e percosso per ottenere quanto richiestogli, ponendo in essere una sostanziale differenza all'interno della sua nuova famiglia: nei confronti dei figli naturali dello zio non venivano esercitati gli stessi metodi educativi. Accondiscendente nei confronti della decisione paterna, in quelle rare volte che Ousman ha avuto modo di sentirlo, non ha mai fatto cenno a quanto accadeva dallo zio negandosi, in tal modo, la possibilità di un ritorno a casa. Una volta cresciuto e fisicamente in grado di fraporsi al suo educatore questi lo ha invitato andare via, riproponendo la stessa modalità di rifiuto già attuata dal padre e dalla sua famiglia originaria. Così, la sua decisione di lasciare la casa dello zio senza alcuna meta programmata è coincisa anche con l'interruzione dei rapporti con i suoi familiari che, da allora, non ha più sentito. In Libia, dove si è fermato per circa dieci mesi, Ousman è stato in prigione due volte, la seconda dopo aver tentato, senza esito positivo, di raggiungere una prima volta l'Italia con un gommone. Catturato dalla polizia libica, è stato ricondotto in carcere dove ha subito violenze fisiche ed è stato fatto oggetto della tristemente nota “falaka”, la bastonatura della pianta dei piedi che talvolta arriva fino alla demolizione della volta plantare. Il secondo tentativo di raggiungere l'Italia via mare è risultato decisivo, grazie al fatto di essere stati soccorsi, lui e gli altri migranti, da una nave che li ha portati al porto di Messina senza che Ousman avesse alcun progetto relativo alla sua condizione né informazioni sul luogo di destinazione. Una volta assegnato alla prima comunità, Ousman ha presentato tutti i sintomi del cosiddetto *Disturbo da Stress Post Traumatico*: irascibile, incapace di tollerare qualsiasi richiesta che venisse preferita con un tono un po' più autoritario, spesso alla ricerca di momenti di isolamento dagli altri, la notte era assalito da incubi che riproponevano le scene della violenza subita e che aveva visto fare agli altri suoi compagni di detenzione. Ma questi suoi comportamenti, contrastavano con i progetti psico-educativi proposti dalla comunità le cui azioni erano, ovviamente, guidate da una concezione dell'integrazione intesa come asservimento a logiche e regole istituzionali che nulla hanno a che fare con l'accoglienza, la conoscenza e lo scambio di valori tra culture diverse finalizzate alla loro interiorizzazione ed al rispetto reciproco. Ousman ha così iniziato il suo giro di comunità, senza che si comprendesse che il puntuale arrivo della polizia e la conseguente decisione del suo trasferimento altrove, ogni qual volta si proponeva un comportamento mal tollerato dagli operatori, non faceva che riattualizzare l'aspetto traumatico e confermare in Ousman, la convinzione di non essere importante per nessuno, di non essere oggetto del desiderio dell'Altro, desiderio fondamentale sia nella strutturazione di una stabile condizione affettiva che per l'assunzione di una consolidata identità. Ma non solo: i trasferimenti di comunità, non hanno tenuto conto, in nessun modo, del valore di domanda e di ricerca di un

riferimento identitario forte ed affettivamente presente su cui poter contare, che Ousman, con i suoi agiti, proponeva. Così, abbiamo iniziato a seguirlo dopo che il suo girovagare forzato per comunità lo ha portato a Palermo, cercando di creare un assetto tale da metterlo nelle condizioni di “provare” e di “verificare” quanto noi eravamo dalla sua parte senza chiedergli nulla: nessuna istanza normativa ed educativa rientrava nel setting terapeutico, nessuna richiesta da parte nostra, ma solo la sua voglia e capacità di raccontarsi o di venire a trovarci anche senza dire nulla. Spesso, verificava il nostro “esserci” mandando un messaggio telefonico o una sua foto, o facendo semplicemente uno squillo. Questo bastava a trovare un posto all'interno di un rapporto con soggetti che non erano abitati da un desiderio mortifero nei suoi confronti senza per questo temere di essere abbandonato. Un giorno, nel suo profilo WhatsApp, ha messo una foto dove era riportato il nome di uno di noi scritto sulla sabbia e, successivamente una sorta di disegno con lo stesso nome stilizzato, segno che qualcosa stava cominciando a tenere ed a fungere da argine, anche se ancora solo immaginariamente, alla violenza dell'Altro. Il 14 agosto Ousman ha effettuato la sua tanto attesa audizione alla Commissione Territoriale, Commissione che poco meno di venti giorni fa ha esitato la sua decisione. Non è stato ritenuto credibile e la sua richiesta di protezione internazionale o umanitaria, rigettata. Dopo un'apparente accettazione della decisione, da noi temuta più di qualsiasi eclatante protesta, Ousman ha dichiarato di non voler procedere con il ricorso. L'aver ottenuto la conferma che le sue parole non contavano nulla, non erano portatrici di alcuna verità soggettiva, bastava a confermare cosa lui rappresentava nel desiderio dell'Altro: un semplice oggetto scarto di nessun valore. E' venuto a trovarci ancora qualche volta, alternando la sua posizione tra un atteggiamento di denegazione per quanto subito («A me non interessa, ci diceva, io posso continuare a vivere senza niente, non ho bisogno di nulla per vivere ...») a momenti in cui si abbandonava allo sconforto. Poco meno di due settimane fa, la responsabile della comunità ci ha chiamati avvertendoci che Ousman non aveva fatto rientro in comunità dalla notte. Da allora non abbiamo più avuto sue notizie, se non una sua foto pubblicata attraverso un social network che la responsabile della comunità ci ha fatto vedere e che lo ritrae lontano dalla Sicilia. Quanto meno è ancora vivo, ci siamo detti. Ma Ousman continuerà ad alimentare la presenza di quanti, per decisione dei nostri governi e dell'attuale, in modo particolare, vivono ai margini della vita sociale, ponendo sui pochi il peso della vergogna per quanto accaduto e l'oscuro su chi si vanta di aver ridotto il numero dei cosiddetti clandestini in Italia.

Anche per Jennifer, una ragazza nigeriana, giunta in Italia nel luglio 2016 la domanda di presa in carico è stata formulata dalla responsabile della comunità dove si trovava alloggiata. Jennifer però, oltre ad essere una “migrante” di comunità, ne aveva già “attraversate” due, era anche stata ospedalizzata per le sue modalità relazionali definite

“*disadattive ed aggressive*” e sottoposta a ricovero coatto pur risultando, dall'identificazione presso una Questura di una provincia siciliana, minorenni. Per di più, il ricovero aveva comportato la separazione dal figlio partorito appena giunta in Italia: definita non in grado di esercitare le funzioni genitoriali, il piccolo era stato affidato ad un ente comunale preposto all'uopo. Ma a Jennifer ed al bambino, era stato effettuato anche un'altra forma di violenza, a nostro avviso, ben più grave: al figlio era stato attribuito, da parte di “ignoti” nell'ospedale dove aveva partorito, il cognome “Di Dio” non rispondente a nessun cognome legato alla sua famiglia, alla sua etnia e cultura di riferimento, senza averla interpellata, così come una semplice ed “elementare norma di buonsenso” avrebbe dovuto prevedere, senza ledere il suo diritto di madre, non avendo lei mai manifestato l'intenzione di non riconoscere e non tenere con sé il proprio figlio. Jennifer è l'unica figlia nata dal matrimonio della madre con il padre, padre mai conosciuto e del quale non sa se è ancora vivo, ed ha altri due fratelli più piccoli (un maschio ed una femmina) frutto dell'unione della madre con un altro uomo, definito da Jennifer stessa, molto violento. Cresciuta in una famiglia dalle poverissime condizioni economiche, ha frequentato le scuole per circa nove anni, grazie ai pochi guadagni che la madre ricavava dal suo lavoro di ambulante fino al giorno in cui, nel 2104, è stata rapita insieme ad altre ragazze, da un gruppo di uomini mascherati, probabilmente appartenenti alla setta di Boko Haram, e portata in un bosco dove, sono state tenute senza cibo per alcuni giorni con la bocca tappata per non urlare e chiedere aiuto. Jennifer ha assistito all'uccisione con un macete di alcune delle ragazze, mentre altre, lei tra queste, sono state violentate. Riuscita a fuggire insieme ad altre, raggiunta la città di Agadez, in Niger e da qui a Sabha, in Libia, è stata ospitata da una signora dalla quale è poi scappata per non sottostare agli obblighi sessuali cui la costringeva il marito di questa. Dormendo per strada ha incontrato una donna dichiaratasi amica della madre che l'ha portata a casa sua, dove ha trovato altre ragazze costrette a prostituirsi. Jennifer ha raccontato di non aver avuto altra scelta, non sapendo dove andare, e di essersi prostituita per circa sette - otto mesi. Fuggita, è stata arrestata da un gruppo di uomini della milizia libica e portata in una sorta di prigione dove, oltre ad alcune ragazze, vi era anche l'uomo che sarà il padre del suo primo figlio. Nel corso di uno dei conflitti tra bande libiche è riuscita a fuggire e, già in stato di gravidanza, ad imbarcarsi alla volta dell'Italia.

Nel nostro Paese, Jennifer, alla luce di quanto detto ha ricevuto l'ennesima conferma della negazione, per lei, della legittimità all'esistenza ed al non riconoscimento delle sue necessità e che il suo ritenere, per lei, prioritario doversi difendere da un desiderio mortifero e di annullamento del proprio modo di essere da parte dell'Altro, è una certezza. La cura con Jennifer non può che comportare prioritariamente, alla luce di quanto sopra, che un lento lavoro di destrutturazione del desiderio perverso e mortifero dell'Altro da lei conosciuto e del quale è stata in balia e la costruzione di figure tutelanti

non abitate da desideri distruttivi di cui potersi fidare e affidare.

*testo presentato nel corso dei Seminari Informativi su “*La tratta di esseri umani*”, organizzati dal Dipartimento di Scienze Umanistiche dell'Università degli Studi di Palermo, Unione degli Universitari e dall'associazione Onlus Pellegrino della Terra, dal 17 al 5 Novembre 2018

Sebastiano Vinci

Psicologo – Psicoterapeuta

Psicodrammatista Membro Titolare SIPsA, Psicoanalista membro SLP

Note

1. Miller J.-A., *Elogio degli eretici*, Conferenza tenuta a Torino il 27 maggio 2017, nell'ambito del Congresso nazionale della Scuola lacaniana di psicoanalisi.
2. Ibidem.
3. Ibidem.
4. Jelloun T. B., *Il razzismo spiegato a mia figlia*, Bompiani, Mi, 1998, pag. 38
5. Lacan J. *Il seminario. Libro VII. L'Etica della psicoanalisi* (1959-60), Einaudi, To, 177
6. Freud S., (1895), *Progetto di una psicologia*, in *Opere*, Vol.2, Boringhieri, To, 1980, pag. 256
7. Freud S., (1919) *Il Perturbante*, in *Opere*, Vol. 9, Boringhieri, To, 1977, pag. 82
8. Beneduce R., *Archeologie del trauma*, Laterza, Roma Bari, 2010 pag. 46
9. Laplanche J., Pontalis J.-B., *Enciclopedia della psicoanalisi*, Laterza, Roma Bari, 1984 pag. 618
10. Beneduce R., op.cit, pag. 19
11. Certeau de M., *Storia e psicoanalisi. Tra scienza e finzione*, Bollati Boringhieri, To, 2006, pag. 199-201
12. Beneduce R, ibidem, pag. 30
13. Sironi F., *Violenze collettive. Saggio di psicologia geopolitica clinica*, Feltrinelli, Mi, 2010, pag. 26
14. in Aragona M., Geraci S., Mazzetti M., *Quando le ferite sono invisibili*, Pendragon, Bo, 2014, pag. 57
15. Sironi F., *Persecutori e vittime: strategie di violenza*, Feltrinelli, Mi, 2001, pag. 86

Bibliografia

- Aragona M, Geraci S., Mazzetti M. (2014), *Quando le ferite sono invisibili*, Pendragon, Bologna
- Beneduce R., Pulman B., Roudinesco E., (2005), *Etnopsicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino
- Beneduce R., (2010), *Archeologie del trauma*, Laterza, Roma Bari
- Certeau de M. (2006), *Storia e psicoanalisi. Tra scienza e finzione*, Bollati Boringhieri, Torino
- Devereux G. (2014), *Etnopsicoanalisi complementarista*, Franco Angeli, Milano
- Freud S. (1893), *Meccanismo psichico dei fenomeni isterici*, in *Opere*, Vol.2, Boringhieri, Torino, 1980
- (1895), *Progetto di una psicologia*, in *Opere*, Vol.2, Boringhieri, Torino, 1980
- (1896), *La sessualità nell'etiologia delle nevrosi*, in *Opere*, Vol.2, Boringhieri, Torino, 1980
- (1905), *Le mie opinioni sul ruolo della sessualità nell'etiologia delle nevrosi*, in *Opere*, Vol.5, Boringhieri, Torino, 1972
- (1912-13), *Totem e tabù: alcune concordanze nella vita psichica dei selvaggi e dei nevrotici*, in *Opere*, vol. 7, Boringhieri, Torino, 1975
- (1913), *Il Mosè di Michelangelo*, in *Opere*, vol. 7, Boringhieri, Torino, 1975
- (1914), *Dalla storia di una nevrosi infantile (Caso clinico dell'uomo dei lupi)*, in *Opere*, vol. 7, Boringhieri, Torino, 1975

- (1919), *Il Perturbante*, in *Opere*, Vol. 9, Boringhieri, Torino, 1977
- (1920), *Promemoria sul trattamento elettrico dei nevrotici di guerra*, in *Opere*, vol. 9, Boringhieri, Torino, 1977
- Jelloun T. B. (1998), *Il razzismo spiegato a mia figlia*, Bompiani, Milano, 1998
- Lacan J. (1959-60), *Il Seminario. Libro VII. L'Etica della Psicoanalisi*, Einaudi, Torino, 1994
- Laplanche J., Pontalis J.-B., (1967), *Enciclopedia della psicoanalisi*, Laterza, Roma Bari, 1984
- Miller J.-A., *L'orientation lacanienne, "Extimité"*, Corso tenuto al Dipartimento di Psicoanalisi dell'Università Parigi VII, 1985-86, lezione del 13.11.1985, inedito
- *Elogio degli eretici*, Conferenza tenuta a Torino il 27 maggio 2017, nell'ambito del Congresso nazionale della Scuola lacaniana di psicoanalisi
- Sironi F. (1999), *Persecutori e vittime: strategie di violenza*, Feltrinelli, Milano, 2001
- (2007), *Violenze collettive. Saggio di psicologia geopolitica clinica*, Feltrinelli, Milano, 2010



**Dal fantasma delle ossa fratturate alla funzione ortopedica
del gruppo di psicodramma analitico**

«Ho visto anch'io, con occhi aperti dalla divinazione materna, il bambino traumatizzato ch'io partissi a dispetto del suo appello precocemente abbozzato con la voce, e mai più rinnovato per mesi interi- l'ho visto io, molto tempo dopo ancora, quando lo prendevo, questo bambino, sulle mie braccia- l'ho visto lasciar cadere il capo sulla mia spalla per cadere nel sonno, un sonno lui solo capace di restituirgli l'accesso a quel significante vivente che io ero dopo il giorno del trauma»

(J. Lacan, *Il Seminario. Libro XI. I quattro concetti fondamentali della psicoanalisi*, p.64)

Trauma e fantasma

Nella prima teoria del trauma Freud stabiliva un rapporto diretto tra trauma, rimozione dei ricordi dolorosi legati ad esso e costituzione dei sintomi, individuando nel trauma di natura sessuale la causa prima dei sintomi. Ma Freud si rese conto che, se questa poteva costituire la causa possibile per l'isteria, non poteva certo essere considerata come causa universale. Freud giunge così a formulare una seconda ipotesi e cioè che non è il trauma in sé (cioè il trauma reale) causa dei sintomi, ma la modalità con cui il soggetto risponde a ciò che fa trauma per lui, cioè la modalità soggettiva con cui il soggetto è segnato da un evento. È l'inconscio del soggetto che risponde a ciò che fa trauma. Dunque da eziologia traumatica a causalità psichica. Di conseguenza non più la ricerca della verità storica in quel che il paziente racconta, ma la possibilità di cogliere la modalità soggettiva di leggere un evento da parte del soggetto. Con *I Tre saggi sulla teoria sessuale* del 1905, Freud formula in maniera chiara l'ipotesi che ci sia un trauma universale che è il nome dell'incontro con la pulsione e che meglio sarà chiarito con il complesso edipico e con le fantasie incestuose che lo accompagnano. Per cui i desideri incestuosi, legati al complesso edipico, considerate come fantasie universali, segnano il passaggio definitivo dalla causalità eziologica a quella psicologica. La seduzione è considerata da Freud il dispositivo immaginario con cui il bambino annoda la pulsione alla legge. In verità Freud, ancora nel 1917, insiste sulla teoria della seduzione, **sottolineando** che non sempre si tratta di una fantasia, ma **che** spesso sono ricordi veri. Bisogna arrivare al 1920 perché formuli una ipotesi più complessa sul reale del trauma, a partire dalle nevrosi traumatiche di guerra. In *Al di là del principio di piacere* del 1920, parlando delle nevrosi da guerra e dei traumi reali, Freud sottolinea come una conseguenza del trauma sia la coazione a ripetere l'elemento alla base del trauma. Qui il trauma è reale e comporta non la formazione di sintomi (come formazione di compromesso, quindi in qualche modo

interpretabili), ma una destrutturazione delle funzioni psichiche. C'è un ammontare energetico in eccesso che produce una ripetizione del trauma stesso in una coazione a ripetere che non si accompagna ad alcuna rappresentazione. Successivamente, partendo da queste considerazioni, Freud coglierà che questa tendenza a ripetere è alla base del funzionamento primario della pulsione che definisce pulsione di morte, come spinta a ripetere, e che è costitutivo del soggetto al momento della sua separazione originale dal suo essere pulsionale. Momento in cui nasce come soggetto ma si aliena nell'Altro. È questo il punto del trauma che può essere considerato come universale negli esseri umani. Lacan riprende questa dimensione di Freud relativa al trauma come esperienza universale che inaugura il passaggio dal vivente al soggetto, ne inaugura la sua nascita, è il punto di inserzione della pulsione. È il trauma del linguaggio che segna definitivamente il soggetto, restituendogli l'esperienza primordiale di inermità, di solitudine, di separazione dall'Altro. Lacan parlerà di *troumatisme* (*trou* = buco) a testimonianza del buco nel simbolico che si produce con il trauma. Il trauma è scandito in due tempi: nel primo tempo qualcosa nella vita del soggetto accade. È il momento in cui il soggetto incontra l'inconsistenza dell'Altro, che non può dare risposta alle sue domande fondamentali, per cui, rimuove l'affetto d'angoscia legato all'evento e inconsciamente costruisce il fantasma, come possibile risposta all'inconsistenza dell'Altro. Per Lacan il fantasma è allora la costruzione che il soggetto fa per poter sopravvivere nel mondo e ritagliare, attraverso il simbolico, una pezza del reale che chiamiamo realtà. La realtà è il tentativo che il soggetto fa di imbrigliare qualcosa del reale attraverso il simbolico, per difendersi dall'inermità e stato di abbandono inaugurale. Il fantasma nasce, dunque, dalle parole dell'Altro che in qualche modo assumono un peso determinante per il soggetto, lo determinano; ed è intorno ad esse che il soggetto costruirà il proprio fantasma. Sono gli occhiali, come dice Lacan o forse più precisamente come sottolinea Luisella Brusa² «Si tratta di una costruzione assolutamente particolare, che il soggetto mette a punto nel corso dell'infanzia e che, come un paio di occhiali da sole, gli permette di non essere accecato dalla luce insopportabile che sprigiona il nucleo traumatico del reale». Quindi il fantasma è il proprio sguardo, particolare sul mondo, ma allo stesso tempo è la trappola in cui il soggetto si ritrova fissato alla parola dell'Altro. Il fantasma è il motore della vita di ciascuno, ha a che fare con il desiderio ma è, nella sua costruzione, fisso, ripetitivo, non si modifica. Soggetto della propria vita e assoggettato alla parola dell'Altro. È dunque il fantasma come costruzione immaginaria che ripara il buco dell'inconsistenza dell'Altro. Luisella Brusa³ parla di “*traversata selvaggia del fantasma*”, quando la *tychè*, l'incontro con qualcosa del reale interrompe l'*automaton* della costruzione fantasmatica, che sorreggeva il soggetto nel mondo e gli permetteva di rapportarsi alla realtà. Il trauma diventa dunque una traversata selvaggia del fantasma, che rompe il simbolico, fa emergere quanto velato nella rimozione originaria, lascia il soggetto senza alcun punto di

riferimento, totalmente esposto alla sua inermità iniziale. Quando il fantasma vacilla, il sintomo appare come la risposta del soggetto, come il tentativo di un nuovo *aggiustamento* che ripari la frattura. Dunque, come sottolinea Franco Lolli⁴ il fantasma è la base della costruzione del sintomo che di conseguenza porta con sé tracce del trauma originale.

Dalle ossa rotte dall'Altro, alle ossa rotte all'altro: la storia di Sonia

Sonia ha 54 anni, *single*. Vive sola da anni, da quando è morta sua madre, di cui si è occupata per tutta la vita. Laureata, lavora in un ente pubblico, con poche soddisfazioni. Non ha amici, non ha un compagno, non frequenta nessuno se non i suoi due fratelli, entrambi sposati, con figli. Suo padre, morto diversi anni fa, viene descritto come un uomo molto violento ed autoritario, un despota in casa. Nervoso e aggressivo con tutti in famiglia, teneva sempre lontano i bambini perché non li sopportava. Sua madre, apparentemente sottomessa a lui, ha sempre espresso con chiarezza la scarsa stima nei confronti di quest'uomo considerato rozzo e poco colto. Sonia è l'ultima di tre figli, segnata, sin dalla nascita, da una malattia genetica che comporta una fragilità ossea per cui tende a fratturarsi in continuazione. Ad un anno e mezzo si è già fratturata una decina di volte.

C'è dunque un reale del trauma, che sono le sue ossa rotte, ma ciò che fa trauma per lei è incontrare la risposta del padre, che le ripeteva in continuazione: «Quelli come te vanno buttati dalla Rupe Tarpea (*nda: bisogna farli sfracellare al suolo*)». Un padre che, dunque, non è garante di un funzionamento simbolico. Ed è a partire dall'incontro con l'inconsistenza dell'Altro paterno che Sonia costruirà il suo fantasma masochistico, facendosi oggetto, mal-trattato dall'Altro. «Mio padre mi voleva bene - dirà più volte nel corso della sua analisi- anche se era nervoso e mi trattava male, mi vedeva, ci teneva a me».

E a testimonianza dell'amore paterno, Sonia porta il ricordo di quando, a dieci anni si è fratturata entrambe le braccia, diventando totalmente dipendente dall'altro e quando ha tolto l'ingessatura, i genitori si sono accorti che un braccio era storto. Sonia racconta con soddisfazione la vemenza con cui suo padre aveva telefonato al primario che l'aveva operata, ordinandogli di rimettere immediatamente a posto il braccio di sua figlia, minacciando di rompere a lui le ossa.

Non vista come soggetto, ma come oggetto, così Sonia si presenterà sempre al mondo e soprattutto nella relazione con gli uomini. Incontrerà sempre uomini che la maltrattano, la lasciano sempre con le ossa rotte. Questo è il tratto significativo che si ripete nella sua vita: mettersi con uomini che la maltrattano ma che, come suo padre, la vedono, anche se come oggetto rotto. «Mi piacciono gli uomini bastardi, bastardi dentro. Odio gli uomini servi sciocchi che corrono dietro alle donne». È questo il mantra della sua vita che ripete in continuazione. La prima volta che Sonia pensa al suicidio è quando, appena

adolescente, al suo primo ricovero ospedaliero, per l'ennesima frattura, si ritrova sola, in reparto con donne adulte. Le sbarre alle inferriate l'angosciano, per la prima volta ritrova il senso dell'abbandono e della solitudine che caratterizzerà tutta la sua vita futura. La costruzione fantasmatica vacilla, il suicidio le sembra l'unica soluzione alla sua vita triste. Seguiranno lunghi periodi di depressione, uniti a sintomi ossessivi.

E Sonia *rompe* gli altri in continuazione, rompe ai suoi fratelli, chiedendo continuamente di dormire a casa loro, ogni sera. Con i fratelli si atteggia a bambina piccola. Piagnucola, fa le mossette. È l'unica modalità per essere vista, come con suo padre, come con tutti gli uomini della sua vita. Per molti anni, in seduta, porta la sua eterna lamentazione rispetto ai suoi dolori, le sue mancanze, le sue privazioni. E poi, da un po' di tempo, nella vita di Sonia è entrato l'alcool. Fa coppia ormai solo con la bottiglia. Dopo il lavoro, beve fino a stonarsi, per non pensare, sentirsi un po' più leggera, per non ripensare alle sue articolazioni che non la reggono, che le impediscono anche di fare *trekking*, di fare viaggi. Tutto per lei è impedimento e solitudine.

Ingresso nel gruppo di psicodramma: «Rompo tutto»

Decidiamo di inserirla in un gruppo di psicodramma, dopo diversi anni di psicoterapia individuale, nell'ipotesi che l'incontro con una parola *altra* possa interrompere l'automatismo della sua lamentazione e costituire una possibile apertura nel suo inconscio.

«Che devo dire? Che sono dipendente dall'alcool? Ho bevuto tre grappe prima di venire qui! L'alcool mi stona e mi sento meglio, non mi fa pensare».

Sono queste le prime parole che accompagnano il suo ingresso nel gruppo. Non si presenta con un nome, ma con un'insegna sintomatica. È l'insegna che fa da nome. E poi aggiunge: «Sono pazzissima!». Sonia entra, dunque, sulla scena dello psicodramma analitico con una *parola spettacolo*. Come sottolinea Colette Soler⁴, ciò che il soggetto dice, riguarda il significante, cioè qualcosa che indica il rapporto del soggetto con il suo fantasma ed è oggetto di interpretazione, ma il modo di dire, prescinde dal contenuto, include il corpo, il respiro, l'emozione. È qualcosa che va al cuore della struttura del linguaggio ed include anche qualcosa d'altro «eleva talvolta la parola alla dimensione di spettacolo. Nell'approccio dei simili, nei giudizi di simpatia-antipatia al primo sguardo, questa dir-mensione (dit=detto, mension=menzione e dimension=dimensione) è sempre molto presente, ma molto difficile da definire»⁵. Sonia irrompe, dunque, nel gruppo, rompendo le ossa a tutti. Attacca i presenti con un linguaggio violento, volgare, aggressivo, minimizza i problemi degli altri. Al centro, i suoi: l'abbandono, la solitudine, l'emarginazione che sistematicamente i colleghi operano nei suoi confronti. Ripete, quasi ecolalicamente, la stessa frase, senza un apparente emotività: «Mi piacciono gli uomini bastardi, bastardi dentro». Non c'è alcuna emozione che accompagna questa frase, quasi un dire senza senso. «Tutti vanno via, mi abbandonano. Non ho nessuno,

sono sola». Fa di tutto Sonia per rendersi antipatica, quasi volesse saggiare la risposta del gruppo. Mette alla prova il gruppo, gli altri, l'Altro. «Mi accetteranno così come sono o mi getteranno anche loro dalla Rupe Tarpea?» sembra essere questo l'interrogativo di Sonia. Temiamo la reazione del gruppo. Anche se i partecipanti lavorano insieme da diversi anni, per un momento si fa strada la preoccupazione che l'inserimento di Sonia possa portare uno scossone al gruppo troppo energico, mettendo in moto un processo espulsivo. Il rischio di una deriva immaginaria è sempre in agguato. Questo comporta una costante vigilanza da parte dell'animatore del gruppo, affinché in ogni momento si possa fermare, sottolineare, contenere, rilanciare il significante che faccia riprendere la catena associativa nel gruppo, evitando rischiosi invischiamenti immaginari.

Dal gioco al mettersi in gioco

Prima seduta, primo gioco. Sonia viene chiamata ad interpretare la parte dello sconosciuto di un sogno (portato da un'altra partecipante), ad occupare immaginariamente il posto dell'assente. E qui, qualcosa improvvisamente accade. Nella scena appare disinvolta. È centrata nei panni dell'altro, con lo sguardo duro di chi è lì a rappresentare il non conosciuto. Proprio nel posto dell'altro sconosciuto, Sonia può cominciare a prendere contatto con le proprie paure, paure sino ad allora anestetizzate attraverso l'alcool. Nelle sedute successive, in un altro gioco, Sonia verrà chiamata, questa a volta, a ricoprire i panni della sorella indifesa, che teme lo sconosciuto. Si coglie un passaggio. Da essere lei la sconosciuta, ora è chiamata a mettersi nei panni di chi teme lo sconosciuto. Uno sconosciuto che riattiva qualcosa di familiare e ad un tempo di minaccioso, che sembra avere a che fare con le paure ancestrali di ciascuno. E questo sconosciuto per Sonia sembra essere l'inedito incontro con un Altro dentro di sé e fuori di sé che nel corso delle sedute si rivelerà barrato, umano, indifeso. Nel gioco, Sonia occupa proprio il posto della sorella bisognosa di protezione e assicurazione, che è della sua vita familiare. È ai fratelli che Sonia ricorre per non sentire la solitudine, per non ritrovarsi sola con la propria sofferenza. E laddove l'altro abdica a questa funzione di soccorritore, lei sembra ricorrere all'oggetto alcool, che in quanto tale, è lì e non la tradisce e sorprende mai. È difficile con Sonia andare all'osso della questione, tuttavia, proprio da lì, dal posto dell'altro speculare, nell'illusione che niente di quanto emotivamente pericoloso per l'emersione del suo trauma possa emergere, qualcosa del soggetto fa capolino. Rivela qualcosa di sé e del filo che la tiene legata all'Altro. Un tratto, un gesto, un'inflessione emotiva della voce fa segno all'Altro del suo esserci come soggetto. Nelle sedute che seguono sempre più chiaramente emergerà lo scarto tra quello che Sonia dichiara nel suo bla bla bla e ciò che, nella rappresentazione dice, dal posto dell'altro. I suoi detti superano il suo dire. La voce si fa più chiara, il timbro più risoluto. Emergono i primi interrogativi che hanno il sapore di un avvio di rettifica. Sonia comincia a raccontarsi attraverso la sua storia.

Sonia, finora, non porta la sua sofferenza, piuttosto la esibisce. Esibire sembra essere l'unico modo per farsi vedere attraverso un gioco ripetitivo a tratti infinito che alterna lamentazione e disprezzo verso l'Altro, al quale chiede di osservarla impotente a crogiolarsi nel proprio lamento. Un lamento che sino ad ora non ha fatto altro che ingenerare rifiuto e allontanamento. Un Altro che prende le sembianze di un padre che, su un versante la proteggeva dal mondo esterno a causa della sua malattia genetica che le aveva procurato sin dalla nascita innumerevoli fratture, ma sull'altro versante era autorizzato a picchiarla per le sue intemperanze, cosa accaduta sino all'età di trent'anni. «Voi mi direte che sono lamentosa, ma io qui porto il mio disturbo. Io sono da sola. Ho una malattia che mi ha procurato quattordici fratture da ragazzina. Quando avevo nove, dieci anni mi dovettero imboccare perché avevo gli arti superiori ingessati. Non mi hanno mandata all'asilo per questa malattia e mi hanno affidata a mia sorella di tre anni più grande. Mia sorella doveva stare attenta affinché io non mi fratturassi. E se mi fratturavo mio padre le dava mazzate. Però Maria, mia sorella sapeva che doveva farlo. Era accidentata e cazzuta. Io uscivo spesso con lei e la sua amica, ma siccome ero lenta e zoppetta, camminavo dietro di loro».

Giochiamo una scena in cui Sonia esce con Maria e le sue amiche. Durante questa uscita Sonia cade e si fa male. La sorella spaventata chiama il padre che ha una forte reazione di angoscia, intrisa di rabbia e spavento. Nel cambio di ruolo, al posto del padre, Sonia porta l'angoscia per qualcosa che si ripete. Le ossa fratturate sembrano evocare la frattura in seno a questa famiglia che fatica a contenere l'angoscia per questa figlia "invalida". «I miei genitori avevano il terrore di portarmi al pronto soccorso perché i medici più volte si erano chiesti se le mie fratture non fossero state frutto di maltrattamenti. Mi ricordo come fosse oggi che i medici ripetevano: la vostra bambina non deve avere figli!! Come se da me venissero fuori solo cose negative».

Emerge quanto Sonia fosse solo oggetto di preoccupazione dell'Altro, oggetto di sofferenza. La sua narrazione rinvia alla possibilità di cominciare ad essere soggetto della sua sofferenza. Lo scenario che emerge in questa seduta lascia intravedere che anche l'Altro è barrato, sottoposto alla legge del limite, della castrazione.

Nelle sedute successive, Sonia riprende a parlare nuovamente delle sue idee suicidarie, che precipitano laddove l'Altro soccorritore viene meno. «Adesso che mio fratello è occupato dai suoi problemi e non ha tempo per me, mi sono ritornate le idee di suicidio. Non trovo senso in niente, sento solo un vuoto». Nel gioco con suo fratello, questi è disteso sul letto perché non si sente bene e appare occupato dai suoi pensieri. Sonia continua la sua solita lamentazione, ma il fratello è altrove. Nel cambio di ruolo, al posto di suo fratello, Sonia commenta che sta malissimo e che se suo fratello muore lei si suicida. Qualcuno del gruppo, doppiandola, le sussurra alle spalle che lei deve sempre essere nel posto della "pazzissima" e di chi sta sempre peggio di tutti. L'Altro non può essere visto nella sua fragilità, nella sofferenza. Sonia è incistata nella posizione della

bambina con le ossa rotte che vuole solo e sempre essere ascoltata e vista. Sullo sfondo l'impossibilità ad accettare che l'Altro non è lì tutto per noi. Lo scenario che emerge apre la possibilità a Sonia di cominciare a vedersi e a vedere l'Altro. Le convinzioni "cazzute" e rigide cedono, così come cede con le sue cadute. Questo attraversamento le consente di portare nella seduta successiva una riflessione.

«È venuto quello dal nord (riferendosi ad un vecchio fidanzato che si è fatto vivo dopo tantissimi anni) e l'ho aspettato (è un lapsus, in quanto voleva dire ospitato)». «Come al solito sono stata cagata. Non vedevo l'ora che ripartisse, perché non sono abituata a tenere nessuno in casa. Lui che diceva di volermi vedere ma non ha avuto alcuno slancio con me». Sonia da un lato continua a cadere nella stessa ripetizione: si aspetta che l'altro la cerchi per potersi negare e continuare a lamentarsi, ma dall'altro, il suo lapsus lascia intravedere la sua divisione soggettiva. Dice qualcosa del suo desiderio. Qualche seduta più in là dirà.

«Posso cominciare io oggi? Volevo dire che mi sono resa conto che io sono la causa del mio stare male, che sono io che faccio di tutto per mettermi nella condizione di stare male. Sto bevendo di meno».

L'assunzione della propria sofferenza sembra andare di pari passo con la possibilità di stare in relazione con l'Altro. Un Altro che non è più solo relegato alla posizione di soccorritore, pronto a raccogliere i cocci delle sue ossa rotte, ma che può incarnare la proiezione del suo desiderio. Come per incanto, ritornano in auge vecchie fiamme, che Sonia casualmente incontra o sente telefonicamente. Sono ovviamente tutti uomini che continua a definire stronzi e bastardi. Ma qual è la sorpresa che Sonia rivela al gruppo? Racconta di aver incontrato per caso un uomo, conosciuto quando lei era adolescente, che rivedendola le ha confessato di quanto fosse stato innamorato di lei durante l'adolescenza. «Ma veramente qualcuno si è innamorato di me?» - si chiede stupita Sonia. Essere nel conflitto è essere nella vita, agganciata alla vita. Una vita che vuole vivere. Quando Sonia comincia ad aprirsi all'Altro, implicandosi soggettivamente nella propria sofferenza, gli altri cominciano a comparire nella sua vita e di riflesso inizia ad ascoltare il discorso dell'altro e ad agganciarsi ad esso, ritrovando un pezzo di sé.

Il contatto con i fratelli immaginari del gruppo ha attivato processi nuovi e sorprendenti.

L'effetto sul gruppo e del gruppo

Cosa ha rappresentato per i vari componenti del gruppo, l'ingresso di Sonia? «Sonia ha rotto!» - esclama qualcuno! Ma cosa rompe Sonia? Forse rompe anche gli schemi. È questo uno dei primi interrogativi che le irruenti parole di Sonia sollecitano nel gruppo. Come inter-rompere una ripetizione? Il suo ingresso ha un sapore sovversivo, sconvolge la fittizia *omeostasi* del gruppo, la placida andatura che il gruppo aveva assunto sino a quel momento. Toni pacati e capacità di tessere associazioni pertinenti,

avevano reso questo gruppo e i suoi partecipanti capaci di un lavoro simbolico fine e preciso. L'entrata in gruppo così spettacolare di Sonia, che poteva costituire una pericolosa rottura di setting, si è rivelata motivo di passaggio di discorso, importante per il gruppo e per ciascun soggetto, a partire dal gioco e dal processo associativo che ne è derivato e che ha aperto a nuovi significanti. L'irruenza sulla scena di Sonia ha costretto ciascuno del gruppo a fare i conti con le proprie ripetizioni. Ognuno si è trovato confrontato con la propria immagine idealizzata che la parola dell'altro, così direttamente espressa, destituisce. È l'incontro con qualcosa di inatteso che interrompe l'automatismo della ripetizione.

E per Sonia?

Qualcuno, nel gruppo, comincia ad esprimere la sua *simpatia* per questa modalità apparentemente aggressiva con cui Sonia si rapporta al mondo e si difende dal mondo. L'Altro le tende la mano, ma ad un tempo le rimanda quanto sia ella stessa a non voler vedere che il suo modo di stare al mondo ripropone e alimenta la propria condizione di sofferenza. Una sofferenza che si regge sulla reiterazione del lamento, «Tutti mi lasciano sola, nessuno mi vuole!». È questa la posizione di godimento di Sonia attraverso la quale tende a volere mettere in scacco l'Altro e a cui il gruppo risponde, cominciando ad interrogare Sonia. Nel gruppo, piano piano, Sonia impara ad ascoltare l'altro, si dà il tempo per prendere la parola. Si immette nel discorso dell'Altro rispettandone il tempo, associando con un suo pensiero ed una parola che possa articolarsi con il discorso dell'altro. E se ha bisogno di espellere una parola rabbiosa che preme, lo premette e lo esplicita. Si comincia a vedere come soggetto e si fa vedere dall'altro. È un lavoro di *traduzione* quello che nella conduzione della cura si fa con lei, una sorta di continuo annodamento tra ciò che emerge nel gioco e nella catena associativa che si sviluppa, con ciò che l'altro del gruppo, l'Altro della sua vita le restituisce. Quando Sonia può cominciare a dire, parlando di un altro partecipante del gruppo, che è colpita dalla sofferenza profonda che l'altro porta, ciò vuol dire che può cominciare ad avvicinarsi al proprio discorso e quindi anche al discorso dell'altro. A mano a mano che qualcosa del simbolico comincia a ricrearsi, Sonia potrà ricordare e recuperare anche la dimensione emotiva.

La rettifica passa dal: - «Mio dio, mio dio perché mi hai abbandonato» - al - «Sono io, sono io che mi sono abbandonata». L'incontro con l'Altro e con i gli altri del gruppo diviene foriero di un processo di elaborazione. Non è più l'Altro che con la sua violenza la fa esistere, ma Sonia può davvero esistere come soggetto laddove incontra la dimensione di finitezza dell'Altro. Questo diviene il passaggio “traumatico” che Sonia fatica ad attraversare, l'osso duro della questione.

Alcune considerazioni a partire dal caso clinico

L'esperienza traumatica ha comportato per Sonia una rottura della dimensione

simbolica, come spesso accade nei soggetti traumatizzati. Prevalgono il registro dell'immaginario e quello del reale. È come se il trauma incidesse sul linguaggio che perde la sua possibilità di espressione. Il trauma è irrepresentabile, innominabile. Le sue tracce possono solo prendere le forme della coazione a ripetere o trasformarsi in agito, come Sonia dà in continuazione testimonianza, creando una sorta di *funzionamento psicotizzato*, come lo definisce Brusa⁶, privo di risonanza affettiva ed emotiva. Il soggetto sparisce dalla scena, diventa oggetto, totalmente preso e sovrastato dall'evento traumatico. È come se, da un lato, ci fosse un funzionamento sul versante sociale perfettamente adeguato alle richieste ambientali, ma più profondamente c'è un vuoto. I ricordi sono vividi a livello descrittivo, ma non accompagnati da una componente emotiva. C'è come una prevalenza della dissociazione sulla rimozione. La funzione della dissociazione diventa quasi protettiva nei confronti del soggetto per assicurargli che il materiale affettivo legato al trauma non emerga. Per cui anche se nel percorso terapeutico affiorano i ricordi, essi sono sganciati dal simbolico, sono senza alcuna coloritura emotiva. Sonia, quando parla della violenza paterna, lo ripete in modo ripetitivo, come una coazione, non accompagnata da alcuna emozione. Quando racconta, è nel reale del suo racconto, racconta i fatti. È, dunque, stato necessario reperire per lei, altre forme in cui il trauma potesse trovare rappresentabilità. Una sorta di ricostruzione del linguaggio che permettesse una nuova possibile narrazione della sua storia. Lo psicodramma analitico può essere, in questo senso, una forma nuova per provare a dire qualcosa dell'indicibile, attraverso il gioco psicodrammatico. Vorremmo riprendere alcune considerazioni sul gioco, proprio a partire dal famoso gioco del *Fort-Da*. Il più delle volte, però, l'attenzione si è rivolta fundamentalmente all'oggetto rocchetto che va e torna, ad indicare quanto il soggetto cerchi ciò che gli manca nel campo dell'Altro, nel tentativo, mai pienamente soddisfatto, di recuperare qualcosa di perduto. Forse però, l'elemento essenziale che marca e determina il gioco ripetitivo di Ernest e della nostra vita, non è solo l'oggetto rocchetto, ma è quel filo arrotolato intorno al rocchetto che ci conduce, attraverso il rocchetto, nel campo dell'Altro. Cosa rappresenta allora questo filo? Il filo è ciò che unisce e separa il proprio corpo dall'oggetto rocchetto, oggetto perduto e cercato nel campo dell'Altro, è ciò che crea la beanza tra la presenza e l'assenza, lo spazio vuoto, creato dall'Altro che se ne va. «Ciò che viene a cadere non è l'altro in quanto figura in cui il soggetto si proietta, ma la bobina legata a lui da un filo ch'egli trattiene- in cui si esprime ciò che di lui in questa prova si stacca, l'automutilazione a partire da cui l'ordine della significazione va a mettersi in prospettiva»⁷. Ciò che ci sembra interessante riprendere, a partire dalle considerazioni di Lacan nello stesso seminario, è che questo gioco sulla ripetizione non è un esercizio di padronanza rispetto all'allontanamento della madre, ma è un esercizio di allenamento all'alienazione fondamentale dall'Altro, che mette in luce il vacillamento radicale del soggetto. Lacan sottolinea qui come questo gioco rappresenti la prima forma di

opposizione, in cui il soggetto è nell'oggetto bobina che si ritrova come soggetto, ma è anche in quel filo che lui trattiene o srotola e che indica la possibilità del soggetto di regolare la distanza possibile dall'Altro. È la forza con cui lancerà il rocchetto che deciderà, in altre parole, la sua distanza dall'Altro. È nella ripetizione del gioco, nel lancio del rocchetto e del suo filo che qualcosa di nuovo accade, qualcosa che mette in luce il vacillamento radicale del soggetto. Perché «la ripetizione domanda del nuovo. Si rivolge al ludico che di questo nuovo fa la sua dimensione»⁸. È infatti proprio nel gioco psicodrammatico, quando Sonia viene chiamata a “fare il rocchetto”, ad occupare immaginariamente il posto dell'assente, qualcosa di sé appare. Ma è in quel filo, nella forza che Sonia adopererà per lanciarsi nel campo dell'Altro che si rivelerà la sua possibilità di poter accorciare la distanza dagli altri, dall'Altro, aprendo nuovi orizzonti.

Antonia Guarini, Psicoanalista, Psicodrammatista Didatta S.I.Ps.A., Responsabile Jonas Bari, Docente IRPA (Istituto di Ricerca di Psicanalisi applicata)

Ilenia Linciano, Psicoterapeuta C.O.I.R.A.G. con formazione in Psicodramma Analitico, Socio fondatore Jonas Bari, Docente tutor IRPA (Istituto di Ricerca di Psicanalisi applicata)

Note

1. Lacan J. (1979: pag.62, 63, 243) *Il Seminario. Libro XI. I quattro concetti fondamentali della psicoanalisi*, Einaudi, Torino, 1979
2. Brusa L. (2006), *Il trauma nella clinica psicoanalitica* in “Civiltà e disagio. Forme contemporanee della psicopatologia” ed. Bruno Mondadori, Roma, p.66
3. Ibid., p.67
4. Lolli F.(2014), *L'infanzia del sintomo* in “La clinica psicoanalitica nella cura del bambino e dell'adolescente”, ed. Mimesis
5. Soler C. (2010 pag. 47) *Lacan, l'inconscio reiventato* ed. Franco Angeli, Milano
6. Ibid., pp.46-47
7. Brusa L., op. cit.
8. Lacan J., op. cit., p.63
9. Ibid., p. 62

Bibliografia

- Brusa L. Brusa L. (2006), *Il trauma nella clinica psicoanalitica in Civiltà e disagio. Forme contemporanee della psicopatologia*, ed. Bruno Mondadori, Milano
- Freud S. (1920), *Al di là del principio del piacere*, in *Opere*, vol. IX, Boringhieri, Torino, 1978
- (1905), *Tre saggi sulla teoria sessuale*, in *Opere*, vol. IV, Boringhieri, Torino 1984
- Fiumanò M. (2016), *Masochismi ordinari*, Mimesis/Nodi, Milano
- Lacan J. (1979), *Il Seminario. Libro XI. I quattro concetti fondamentali della psicoanalisi*, Einaudi, Torino, 1979.
- Lolli F.(2014), *L'infanzia del sintomo* in *La clinica psicoanalitica nella cura del bambino e dell'adolescente*, ed. Mimesis, Milano
- Soler C. (2010), *Lacan, l'inconscio reiventato* ed. Franco Angeli, Milano.



I nuovi ingressi nel gruppo: elaborazione e trauma

La nozione di *campo* del gruppo *

Quando parliamo come in questa breve nota clinica non di traumi individuali e neppure di traumi portati nel gruppo da singoli partecipanti, ma piuttosto di traumi del gruppo è necessario premettere alcuni chiarimenti sul concetto di gruppo considerato come *campo* condiviso e processo (vedi anche l'idea di *spazio* del gruppo in Marinelli, 2019; cfr. anche nota 1).

In questa nota farò riferimento ad alcune nozioni individuate da Bion (1961) nei suoi studi sui gruppi (*Esperienze nei gruppi*) successivamente rielaborate da autori che hanno concettualizzato ulteriori costrutti collegati. Fra questi in particolare l'idea di *campo*, che compare qui individuata da parametri utili da segnalare con una significazione specifica. Il *campo* infatti concepito come vertice teorico riveste una particolare importanza in quanto orienta il pensiero e la tecnica clinica del conduttore di gruppo. La prospettiva secondo la quale gli eventi gruppali sono visti infatti varia a seconda che siano intesi in modo individuale, o anche come contributi singoli ad un insieme, o piuttosto come parti di un insieme che si forma sulla base della loro interazione dinamica, determinando un soggetto “terzo” che non è la loro somma. Il “campo” è stato variamente concettualizzato dagli analisti italiani come “stato mentale” condiviso (Neri), dotato di “memoria storica” (Correale), di affettività (Perrotti), di emozionalità creativa (Gaburri) e di “mitopoiesi” (Corrao). Quest'ultima è considerata come valore specifico dell'attività produttiva dell'apparato plurale e del suo processo dinamico, collegato alla semiosi polivalente dei linguaggi che contribuiscono all'espressione comune e alla formazione del pensiero di gruppo (vedi per la trattazione estesa del tema: Notizie storiche in *Gruppo* di Neri, 1995; Corrao, vol II di *Orme*, 1995; Marinelli 2004, Introduzione storica in *Contributi della psicoanalisi allo studio del gruppo*). La nozione di campo è qui brevemente ricapitolata in quanto il tema – trauma di gruppo all'arrivo di nuovi membri partecipanti – ha un senso specifico solo se guardiamo il gruppo dal vertice del campo comune. È in questa prospettiva che vediamo come l'evento del nuovo ingresso descrive una relazione eventualmente impropria o disturbata fra campo e singoli, o anche la non comprensione di elementi e fattori attivi nel campo in un momento dato, da parte del gruppo e del suo analista. L'ingresso dei nuovi membri all'interno del gruppo, che non necessariamente ha un valore di rottura, è stato comunque più volte messo in relazione con elementi traumatici e di “ritorno dei morti” del gruppo¹. Qui riprenderemo da vicino le difficoltà dei nuovi ingressi e i significati che possono assumere a seconda dei contesti in cui avvengono e del grado di maturità del processo di gruppo in atto in quel momento.

Gruppo misto e gruppo omogeneo, breve introduzione

Di recente in Italia, con ritardo rispetto ai paesi occidentali sviluppati che più pragmaticamente hanno tentato di provvedere alle richieste sanitarie di raggruppare domande di aiuto sulla base delle analogie e interessi comuni, si è sviluppata un'attenzione alla ricerca nel campo dei gruppi omogenei, sia monosintomatici sia monotematici, che per tradizione e ragioni organizzative sono maggiormente praticati nell'ambito istituzionale e associazionistico. È raro infatti che un singolo analista di gruppo possa riunire pazienti che corrispondono ad una classe diciamo così omogenea, a meno che si tratti di fascia d'età, dato che costituisce un'ipotesi più comune da valutare per la creazione di un gruppo; oppure di una notorietà personale specializzata di un curante in un dato campo, per la quale è consultato in modo specifico. In altri casi sarebbe molto impegnativo creare un gruppo privato esclusivo ad esempio per pazienti anoressiche e bulimiche, o sofferenti di malattie organiche, o altri che abbiano all'origine una cultura comune, perché questa più comunemente si sviluppa in reparti ospedalieri o istituzioni di cura territoriali, o nelle associazioni specializzate.

Dunque il discorso relativo alla selezione omogenea dei pazienti che parteciperanno al gruppo parte nella maggioranza dei casi dalla concomitante considerazione del contesto istituzionale, il quale si presenta a tutti gli effetti come un contenitore che preesiste e fa parte, o, con Bion potremmo intendere, è *preconcepito* come dotato di alcune qualità che saranno poi *concepite*, ed entreranno a far parte delle culture del gruppo, e della sua mentalità di base (1961) per *realizzarsi* nel patrimonio ideativo e fantasmatico che sarà proprio della sua vita e si svilupperà nel suo processo (per la nozione di preconcezione, concezione, realizzazione, vedi Bion, 1962).

Ora qui ho invocato il pensiero della differenza fra i gruppi omogenei oppure misti per meglio porre sullo sfondo di questa breve trattazione clinica sul trauma di gruppo, il vertice del processo di gruppo sia *con* le uguaglianze sia *nonostante* le uguaglianze che collegano i partecipanti fra loro e con l'analista. Non parlerò dunque di un possibile trauma comune ai partecipanti di un gruppo cosiddetto omogeneo – come era stato proprio il gruppo curato dopo la Prima Guerra Mondiale nell'ospedale di Northfield da Bion, ispirato alle idee sui gruppi di Rickman suo analista, in collaborazione con Foulkes, nel reparto dei soldati tornati dal fronte con trauma di guerra. Ma piuttosto parlerò delle omogeneità prodotte dal gruppo stesso; e del trauma creato dalla percezione delle differenze (mediante l'esperienza dell'ingresso di nuovi partecipanti) quando queste non sono state elaborate ancora o adeguatamente.

Sappiamo che le omogeneità della composizione e dell'intera vita del gruppo possono essere varie: da sintomatiche inerenti alla superficie compositiva del gruppo e basate o non su affinità profonde, a derivate dalle *valenze* (Bion, 1961), che legano in modi automatici fra loro elementi affini di mondi inconsci di singoli facenti parte del campo; e possono essere da fasiche e occasionali a derivate dal bisogno della *mentalità* del gruppo

(*ibidem*) di mantenere una omeostasi che impedisca lo sviluppo di culture più libere e differenziate. Su questi e altri aspetti erano stati esplicativi i diversi capitoli tematici del primo studio esteso in *Gruppi Omogenei*, a cura di S. Corbella, R. Girelli, S. Marinelli, nel quale oltre a descrizioni cliniche di differenti formati e contesti nei quali un gruppo omogeneo può lavorare, si tentava di concettualizzare la nozione stessa di “omogeneità” e le sue diverse funzioni e declinazioni. Qui l'elemento utile e necessario per chiarire non è quello della composizione omogenea del gruppo, bensì delle valenze inconsce che operano in modi automatici all'interno del campo comune, che non sempre sono riconosciute e rendono omogeneo il gruppo in alcune sue parti o fasi e impedendogli di individuare e accogliere le differenze per elaborarle.

Ingresso dei nuovi membri e fasi fondative del gruppo

Per entrare meglio nel merito descriverò una circostanza specifica: quella del nuovo ingresso di una partecipante in un gruppo già formato che lavorava da tempo, e i significati che questo assunse. La nozione del gioco oscillatorio all'interno del gruppo fra uguaglianze e differenze aiuterà a descrivere come questo (il nuovo ingresso di un partecipante) possa addirittura essere traumatizzante per i membri e per il gruppo *in toto*, nel caso che gli elementi presenti nel campo non siano stati previamente riconosciuti ed elaborati adeguatamente per affrontare il cambiamento richiesto dal nuovo ingresso e la capacità di accoglierlo ed trasformarlo. Quando questo avviene infatti e se il gruppo non è pronto, un nuovo ingresso ripropone in modi anche rapidi e globali l'inconscio non ancora enucleato, o trascurato, o negato, e il tentativo di espellere il dolore traumatico del cambiamento, probabilmente con una veemenza anche maggiore e distruttiva.

Trauma individuale e di gruppo

Dunque come sempre il tema del trauma è collegato al doppio binario della sua realtà e della sua riattualizzazione nell'analisi. Il tema, o i temi, del trauma è stato ampiamente dibattuto sia da chi ha ritenuto che il trauma non va disturbato troppo da vicino nel suo merito di catastrofe di fatto e storica, sia da chi invece ritiene che la sonda psicoanalitica possa lavorare con il trauma².

Trattato nell'ambito della psicoanalisi che studia i gruppi, il trauma assume un significato specifico nel campo teorico e clinico legato alle idee di Bion e della gruppoanalisi orientata ai costrutti di Foulkes. Se pensiamo infatti che il soggetto plurale dell'analisi di gruppo compendi in sé la natura primordiale dell'apparato psichico e la sua natura indifferenziata e espansa, stiamo anche considerando il trauma presumibilmente come un evento che ha ostacolato l'individuazione e ha creato rottura dello sviluppo di un soggetto, intrappolandolo o regredendolo nella *Matrice* indistinta di cui parla Foulkes, o come la nomina Bion, nella *protomente*. L'idea clinica di questa nota è

che il trauma del gruppo, qui esemplificato come crisi a fronte di un nuovo ingresso, contenga entrambe le qualità, dei traumi individuali e del trauma della parte indifferenziata della personalità, rimasta ancorata nell'indistinzione, e contenga le sue qualità e le sue motivazioni.

L'esempio clinico riportato, relativo al trauma che il gruppo vive all'ingresso di nuovi membri specie quando non è preparato ad elaborarlo, può essere considerato in modo paradigmatico come un esempio di rottura sociale che corrisponde alla rottura creata dal passaggio individuativo del singolo, che il gruppo riattualizza, amplifica e rielabora per trasformarla.

Ingresso di un nuovo membro, diverso: la crisi delle appartenenze e dei miti fondativi

Il caso che presenterò concerne il dissesto generato in un gruppo a finalità analitica che si svolgeva nel mio studio, dall'ingresso di una nuova paziente, portatrice di una patologia "omogenea". Mi spiegherò: l'ingresso di una paziente "alimentare" può essere sentito come derivato da una popolazione omogenea specifica che entra a far parte di una comunità che non aveva previsto vincoli specializzati e di pertinenza sanitaria e istituzionale. Parlo di questa possibilità che tratterò soprattutto mediante la descrizione clinica, perché a differenza dei pazienti psicotici o gravemente borderline che entrano in un gruppo misto, l'impatto del loro ingresso è differente. I pazienti psicotici e gravi possono sicuramente creare nel gruppo timore, sospetto e difficoltà di elaborazione. Ma essi sono sentiti affini, come facenti parte di un campo comune o di un *continuum* psichico di gravità che scorre, si modifica, si riflette nello scambio delle affinità, reciprocità, complementarità, e fa da esperienza indiretta o diretta di un livello di gravità di un campo comune. Al contrario un paziente portatore di una specializzazione (perché è così che egli si sente ed è sentito: portatore di un'appartenenza specializzata) crea disagio se non trauma: o nel paziente; o nel gruppo; o in entrambi.

Il tema delle appartenenze segrete se così possiamo chiamarle è importante nel gruppo. I membri del gruppo esigono e controllano attentamente che vi sia all'origine della formazione del gruppo e della sua concezione da parte dell'analista, una parità, una democrazia. Questo elemento investe diversi settori: la sovrastima del campo idealizzato (la psicoanalisi, la cura) è il più comune. Ma vi sono molti altri campi di monitoraggio della parità di condizione che i figli pazienti usano verso i genitori analisti. Un gruppo che formai nello studio molti anni addietro ad esempio, aveva avuto come membro "fondatore" una paziente che richiedeva un aiuto personale, ma aveva già fatto il suo ingresso da allieva nel mondo ritenuto affine a quello dell'analista del gruppo – aveva cioè già scelto di formarsi per diventare psicoterapeuta. In quel caso il criterio che selezionava il privilegio originario si era organizzato sulla base di quel tipo di

appartenenza idealizzata. In un altro gruppo invece ad esempio la discriminazione era caduta sul numero di colloqui individuali, di contatti personali con l'analista che avevano preceduto l'ingresso nel gruppo e dunque il carattere dell'appartenenza che creava competizione era soprattutto affettivo. In un'area analoga, quando i componenti del gruppo hanno origini diverse perché erano stati o non, prima dell'inizio del gruppo, pazienti singoli dell'analista, può creare nel gruppo addirittura disparità, confusione e scisma.

Dunque i fattori che determinano ostacolo e irrigidimento all'interno della rete relazionale e del funzionamento del processo di lavorazione degli oggetti del gruppo non sono sempre di facile individuazione, anche quando siano state rispettate e pensate tutte le procedure nella selezione per la formazione del gruppo. I fattori rilevanti non sono relativi alla gravità sintomatica, bensì piuttosto alla creazione del dispositivo di cura da cui il gruppo dipenderà per il suo lavoro e le sue speranze. In particolare nelle fasi iniziali del gruppo terapeutico i timori profondi dei partecipanti sono in cerca di appoggio. Ogni maniglia possibile è valutata. Le fantasie e le motivazioni al gruppo terapeutico dei singoli rientrano in quella fase in quella che Anzieu (1976) ha chiamato *illusione grupppale*: una difesa dall'ansia di fare ingresso in un mondo che potrebbe essere profondamente regressivo (il corpo materno che reinfeta i figli, Anzieu, *ib.*, il tema è anche ripreso da Neri, 1995-2018; e da Marinelli, 2004) e che ha natura multipla (paura della disseminazione e fantasma di essere smembrati, *ib.*). Quando il timore della dispersione operata dalla comunanza è più forte delle aspettative di redenzione offerte dalla grandezza della comunanza, allora le difese dalle paure si appoggiano all'indagine degli elementi inerenti alla generazione stessa del gruppo. Questo è di aiuto per controbattere il rischio dell'accorpamento in una massa, o massa distruttiva.

Quando un gruppo inizia, le prime fasi di vita sono centrate sulla ricerca delle comunanze, mentre le successive sono maggiormente rivolte all'individuazione delle differenze. L'origine è tempestosa e il timore che le valenze del campo condiviso siano destruenti è evidentemente più sensibile, ed è più immediato il bisogno di difendersene mediante l'idealizzazione, l'illusione, e l'assunto di base: questi incrementano del resto i legami di corrispondenza fra la base arcaica dell'esperienza psichica e quella più evoluta delle culture intermedie che potranno aumentare l'elaborazione.

Dunque nelle fasi iniziali il monitoraggio degli elementi “genetici” del gruppo è enfatizzato dal timore e orienta l'attenzione del gruppo agli elementi da cui dipende la sua possibilità di essere assicurato. La assicurazione che la sfida plurale non sia troppo invasiva per i singoli è ricercata fin da subito in termini di campo condiviso, anche se è ancora in via di formazione: non nei termini dei bisogni singoli. Se l'esplorazione preliminare sarà assicurata, il dispositivo di lavoro che ne deriverà sarà sentito più forte. Quando l'apparato sociale sarà legittimato e stabilizzato, i singoli potranno farsi valere come individui che ne fanno parte.

Come ogni analista di gruppo ha visto nella sua esperienza, il *timing* degli inserimenti successivi all'inizio del gruppo è sensibilmente importante. I nuovi ingressi successivi all'epoca delle origini e dei valori fondativi recheranno in sé l'epifania degli elementi che fino a quel momento non ne avevano fatto parte, o erano stati accantonati, o erano stati rifiutati perché troppo dolenti per emergere. Il nuovo ingresso cioè introduce di per sé una crisi. A maggior ragione produrrà una crisi in un campo emotivo fragile o troppo conflittuale. E ancor più produrrà una crisi se è troppo grande il divario fra la cultura originaria del gruppo, la fase di elaborazione, e la fase emotiva e culturale del nuovo membro che entra a farne parte. Quando il nuovo membro è sintonico con la fase del gruppo, si arricchisce e diventa velocemente capace di corrispondenza con il campo condiviso. Se invece è aggiunto ad una situazione di difficoltà o pensato utile (dall'analista) per sanare o compensare le difficoltà del campo, è subito foriero di scismi e abbandoni. Nessun punto per l'analista di gruppo è tanto complesso forse come questo. L'analista è insieme il garante del gruppo, ma anche del nuovo paziente partecipante. Dunque dovrà avere il polso ben chiaro del campo in cui si realizzerà l'incontro fra i due, gruppo e nuovo partecipante.

Nuovi ingressi e *campo* del gruppo

Tornando all'esempio ipotizzato sopra dell'ingresso di un paziente sentito come appartenente a culture specializzate estranee al gruppo (l'esempio delle pazienti alimentari) sappiamo che questo non varrebbe di per sé come esempio di rottura dell'unicità esclusiva del *campo*, se non considerassimo più in generale due fattori. Uno abbiamo detto è relativo alla fase di sviluppo del gruppo. Il secondo è relativo alla corrispondenza e sintonia del nuovo paziente rispetto alle ragioni delle culture esclusive e originarie del gruppo. Ad esempio se un gruppo ha lottato anche aspramente per la conquista di una cultura comune e quella cultura era basata sulla competizione fra membri fratelli per avere l'amore del genitore analista, ricercherà a tutti i costi di far valere quella cultura e quei fattori dell'idealizzazione (la cura, la cultura psicoanalitica) agli occhi del nuovo arrivato. Sarebbe una difficoltà eccessiva se il gruppo dovesse irrigidire la sua cultura per non essere contrastato da una cultura altrettanto specializzata, portata al suo interno dal nuovo membro.

Farò un esempio, dove questa configurazione è più chiara perché fa parte di un dato oggettivo. L'esempio clinico è il seguente: l'analista del gruppo offre per un tempo e fin dalle fasi iniziali il suo apporto al processo comune, dando risposte e soluzioni ai conflitti che portano alla formazione di una data cultura esclusiva del gruppo. Il gruppo sente di avere ricevuto l'adesione rassicurante dell'analista. Quando entra nel gruppo una paziente "alimentare" percepisce istantaneamente, prima che possano essere verbalizzati e resi elaborabili, due aspetti: uno soggettivo della paziente, o attribuito dal gruppo, che si sente portatrice di una cultura sociale propria, organizzata ed

esclusiva che contrasta con quella del gruppo. Il secondo aspetto riguarda l'analista la quale, anche se non ha fornito informazioni su questo, è subito sentita interessata al trattamento dei disturbi anoressici e bulimici. Quell'interesse in una cultura altra, esclusiva, finora ignorata suscita gelosia e incompatibilità proprio per il motivo che fa parte dell'oggetto (psicoanalitico) idealizzato e ha avuto *già* uno sviluppo e una cultura propri, finora non rivelati all'interno del gruppo. Il campo comune che ha elaborato l'idealizzazione e sanato i conflitti per risolverla, improvvisamente sente di non includere *tutti* gli oggetti dell'analista e che essi possono essere indipendenti dal gruppo. Questo è intollerabile ed è sentito come una provocazione e un rischio che improvvisamente la cultura del gruppo sia svalorizzata.

Esempio clinico³

Un caso di nuovo ingresso in un gruppo da tempo consolidato nel lavoro e nei legami interni, produsse una crisi che a tutta prima non fu esplicita e non fu possibile per un lungo periodo riconoscere.

Si trattò direi di un trauma segreto che rimase soggiacente, mascherato da difese (come la trasformazione nell'opposto di un elemento rifiutato) fino a che i suoi elementi poterono manifestarsi limpidamente. L'ingresso di una paziente, particolarmente difesa e versatile, che chiamerò Maria, disorientò il gruppo e lo tenne sospeso fra l'accoglienza per affinità o per contrapposizione, e il rifiuto espulsivo. Le impressioni multiple che Maria ebbe, e generò, nel gruppo furono rivelanti anche se non immediate e lo avrebbero aiutato successivamente a evolvere le sue concezioni attraverso un periodo di crisi. La crisi a tutta prima fu manifestata da Maria; solo più tardi si vedrà che gli elementi di quella crisi di ingresso erano reciproci con quelli del campo del gruppo e solo in parte erano appartenenti a lei.

Ma comincerò dall'inizio, descrivendo la posizione che Maria prese al suo ingresso nel gruppo: era una paziente bulimica e obesa che tentava la via psicologica e del gruppo dopo vari fallimenti medici. Subito ella provò un forte timore, che più propriamente era terrore; ma poiché per sua natura era incline a lottare e ad affermare se stessa a tutti i costi – anche il suo temperamento culturale “regionale” era dello stesso tipo; e la sua stazza obesa inoltre sembrava la traduzione fisica della forza della sua presenza. Tutto faceva pensare che non si sarebbe arresa. Il gruppo dal canto suo voleva fare la sua parte, rivendicava le forze delle sue tradizioni, intendeva esibire la sua potenza a fronte della nuova arrivata, che propagandava fra l'altro nobili titoli accademici. A proposito di quest'ultimo “titolo” di Maria, aggiungerò che si trattava di un elemento delicato, quello della cultura e dell'università che ha il titolo di rappresentarla ufficialmente; perché nel passato, proprio nelle fasi iniziali del gruppo, quell'elemento si era impresso fortemente nell'assetto della sua fondazione, e si era organizzato in una fantasia comune, fra variazioni sul tema, come confine che selezionava gli “acculturati” come i detentori del

potere psicoanalitico confidenti della dottoressa, che sicuramente li aveva scelti per il gruppo sulla base di quegli alti meriti e privilegi (alcuni partecipanti erano “psicologi” o studenti di psicologia); mentre i comuni analizzandi erano esclusi dal privilegio del sapere; e il duello dei due partiti era stato non solo forte, ma aveva connotato l'intera vicenda del gruppo fondatore). L'incontro/scontro dunque fu incandescente e per un periodo sembrò che Maria cedesse la sua parte, rinunciando. Però l'analista ebbe un'idea che funzionò per recuperare quello che nel seguito sarebbe diventato un sensibile contributo psicologico di Maria, presenza insieme potente e fragile nel gruppo. L'analista colse nell'aspetto obeso di lei un'affermazione di potenza, oppure anche un distanziatore adiposo dal sentire le emozioni e sensazioni. Una volta formulato questo pensiero, la conduttrice del gruppo comprese la natura della reale difficoltà della circolazione delle parole e dei pensieri all'interno del gruppo e prese partito: non avrebbe più rivolto parole dirette a Maria, ma avrebbe rivolto al gruppo in generale o ai restanti partecipanti, i pensieri e i contenuti diretti a lei. Maria restò così molto attenta, ma schermata; coinvolta, ma indirettamente. Questo intreccio creò una serie di utilità: rimescolò le comunanze psichiche dei partecipanti più profonde. Liberò Maria dalla forte paura che lo sguardo analitico cadesse su di lei (era una matematica, schiva e razionale) impreparata a riceverlo. Ella si sentiva per la prima volta paralizzata dal sentimento, improvvisamente apparso nella sua esperienza emotiva, di inadeguatezza, per fronteggiare il quale si immaginava sprovvista di qualsiasi equipaggiamento. Inoltre Maria aveva da sempre una cultura da “villaggio”, tendente alla collaborazione sociale a tutti i livelli della vita comunitaria, e la nuova tecnica adottata all'interno del gruppo di girare l'attenzione e farla circolare fra tutti i partecipanti incentivava la rete dei legami nel senso della abitudine di Maria alla cooperazione comunitaria. Si andava così creando una configurazione che valorizzava l'identità del gruppo, capace di ricevere un nuovo membro dotato di un proprio peso specifico, che lo sfidava ma anche lo arricchiva. Da ultimo, semplicemente, lo sguardo e la parola dell'analista traslato sugli altri del gruppo, liberò il sentimento di fragilità, e il desiderio di comunicarlo e dividerlo; e, *last but not least*, anzi inaspettatamente significativo, aiutò il senso bulimico di Maria, il suo bisogno di inglobare in sé tutti i contenuti del gruppo. Cosicché ella divenne velocemente, nel giro di pochi mesi, da ritrosa e arroccata, invece colei che teneva il *diario di bordo* del gruppo. Seduta dopo seduta “sognava” i contenuti di tutti gli altri partecipanti, che rispondevano stimolati e appagati dall'interessamento con sintonia e con ampie elaborazioni, e nel riportarli puntualmente al gruppo come anche propri Maria amplificava sensibilmente la comunicazione e lo scambio, mentre rendeva accettabile per sé il contenuto “socializzato” delle emozioni che la riguardavano. Direi così: una bulimia usata a buon fine. Fu un evento quasi miracoloso del lavoro del gruppo in quella fase.

Ma vi è un altro punto di vista individuale questa volta, da mettere in evidenza. Maria era

tormentata dall'idea di sentire se stessa ambivalente e doppia in tutti gli aspetti della sua vita psichica e di vivere alcune dimensioni estremizzate di tale ambivalenza concreta. Ad esempio sentiva e manifestava sentimenti di forte tenerezza, e allo stesso tempo poteva sentirsi cinica, selvaggiamente dura o crudele fino alla ferocia, indipendentemente dalla sua educazione ben civilizzata. Dopo un lungo periodo “onirico” e produttivo del gruppo, nel quale questi suoi duplici registri furono resi disponibili per lo scambio multiplo con tutti gli altri del gruppo e furono scandagliati nelle varie direzioni dei mondi e dei funzionamenti psichici di tutti i partecipanti, emerse inaspettatamente, ma ben delineato, un aspetto basilare, una fantasia basica e profonda di Maria, che teneva in ostaggio tutto il suo psichismo. Era questo: la sua intima convinzione inconscia di avere ingoiato, in chissà quale momento della sua vita remota, un grande animale, morto. L'ingestione aveva collocato quella presenza in lei per sempre. Lei avrebbe potuto ritirarlo fuori come spauracchio di ferocia e morte per spaventare altri o se stessa in ogni momento, o nei momenti estremi, oppure poteva lasciarlo dormiente nel suo corpo profondo, a ostruire qualsiasi scambio fra interno e esterno. La forte socialità di Maria, del resto sincera e spontanea, sembrava compensare il pesante isolamento interno dato dalla presenza dell'oggetto ingerito che la tiranneggiava da dentro. In entrambi i casi, o che questo grosso animale defunto/vivente in lei fosse operante oppure giacente, esso le impediva di realizzare i suoi progetti, il primo dei quali era quello di dimagrire e recuperare una bellezza femminile che era, nel quadro generale del suo sviluppo soggettivo, fortemente idealizzata e irrinunciabile. La scoperta dolorosa di questo nucleo profondo portato nel gruppo generò una fase di lavoro successivo che qui non sarà riportata. Il gruppo, dirò soltanto, fu sconcertato dalla rivelazione di una presenza di un membro “alimentare” capace di inscenare divoramenti ed espulsioni selvagge, e fece fatica a riequilibrare il proprio sentimento di sé dal senso di squilibrio e smembramento da cui si era sentito invaso. Maria era e rimase molto amata dal gruppo, e stimata. Si rese necessario aiutare le elaborazioni delle fasi successive del gruppo con l'immissione di altri partecipanti, portatori di nuovi contenuti differenti, anche se a loro volta di non facile elaborazione. Vi fu un viraggio del gruppo verso nuovi quadri psichici, ma anche verso nuovi orizzonti generazionali, perché i nuovi membri cambiarono la configurazione precedente: furono due adolescenti ad entrare a far parte, due “figlie” nuove del gruppo, che lo rigenerarono, pur essendo portatrici di dolore psichico (fobia) da elaborare. Lo scambio fra “genitori e figli” rimescolò i giochi e le relazioni interne al gruppo, si rialimentò e produsse una nuova fiducia. Il diario onirico di bordo di Maria rimase nell'immaginario del gruppo come un periodo onirico fondativo, che lo aveva arricchito; lo spavento del suo lato selvaggio fu lentamente dimenticato e sostituito da una configurazione di scambi generazionali affettivizzati, che riparò la memoria dei desideri insaziabili, valorizzando piuttosto la traccia della tenerezza materna lasciata da Maria, dopo che ebbe lasciato il gruppo.

Tempo dopo si comprese che l'ambivalenza di Maria conteneva l'ambivalenza dei sentimenti genitoriali verso i figli adolescenti e che la fantasia dell'ingestione di un animale morto rappresentava timori fino a quel momento non trattati, connessi alla paura di essere abbandonati e di morire. Ma aveva dovuto passare molta acqua sotto i ponti, prima che l'orgoglio del gruppo si inchinasse verso la dolorosa scoperta della solitudine generazionale e dell'ignoto contenuto nell'invecchiamento.

Dunque il trauma del nuovo ingresso, che gruppo e nuova paziente si erano giocati a scambio con alterne vicende, si era annidato profondamente nelle loro metà simmetriche, con una carica eversiva e una dolorabilità che avevano impedito a lungo la via dell'espressione diretta. Perché quel trauma fosse enucleato attraverso la sequenza delle esperienze, furono necessarie manovre longitudinali indirette, concluse nel dolore, ma anche nella forza di nuove profonde consapevolezza. I membri di quel gruppo rimasero in contatto solidale anche dopo la fine dell'esperienza, accompagnati a lungo dal suo spirito e dal desiderio di rievocare il sostegno della rete.

Stefania Marinelli

Psicoanalista di gruppo (IIPG) e Psicologo clinico (Già) professore associato presso la Facoltà di Medicina e Psicologia della Sapienza Università di Roma, presidente di Argo (Associazione per la Ricerca sul Gruppo Omogeneo) e co-Direttore Responsabile della rivista *Gruppo: Omogeneità e differenze*

Note

1. Vedi sui nuovi ingressi nel gruppo associati ad elementi traumatici: Marinelli, vari articoli tematici ricapitolati in *Il gruppo e l'anoressia*, 2004; Neri, 1995, con l'idea dei nuovi ingressi elaborati come ritorno dei "morti" e degli oggetti perduti del gruppo. Anche Jaffè (2014) diede un valore specifico ai nuovi ingressi nel gruppo di pazienti anoressiche, indicando come questi fossero ritualmente elaborati in termini di riassetto dell'elaborazione simbolizzante acquisita dal gruppo, e ritorno alla posizione concreta della conta calorica e del progetto dimagrante: vedi il contributo all'edizione tematica di *Funzione Gamma*, 14.
2. Il tema della possibilità di interpretare il trauma e come lavorare con il trauma, è stato trattato più estesamente di altri e da differenti prospettive dalla letteratura psicoanalitica. Qui sono indicati gli studi di A. Correale per il loro sviluppo costante e la messa in relazione con diversi elementi, come: *La difficile differenziazione dalla identificazione traumatica. La forza gravitazionale del trauma* («Quaderni del Centro Psicoanalitico di Roma», 2010); *La trasmissione del trauma* («Quaderni di cultura junghiana», anno 2, n.2, 2013); anche la relazione con gli stati limite, e con il nucleo psicotico, sono trattati in vari libri e articoli e in parte ricapitolati in *Area traumatica e campo istituzionale*. Borla, Roma, 2006, orientato agli aspetti della cura istituzionale e la formazione dei gruppi équipe.
3. Il caso clinico è riportato in: Marinelli S., *Il vertice spazio nel lavoro psicoanalitico*, Cap. 6, paragrafo: Esempio di un gruppo non omogeneo, con una paziente alimentare al suo interno. Borla, Roma, c.so di stampa.

* Per la nozione di campo e altre utilizzate nel testo è riportato di seguito il

BREVE GLOSSARIO

* **Campo del gruppo**, concettualizzato da vari autori, è inteso qui come spazio emotivo, ideativo, mnestico, onirico del gruppo condiviso da tutti i partecipanti. Il campo è dotato di memoria storica ed è affettivizzato. Comprende anche elementi *trans-personali*, individuati da Neri (in Gruppo, 1995; e in vari articoli tematici) come appartenenti al campo durevolmente o in un data fase, ma non ai singoli partecipanti. Questi possono esserne coinvolti e portatori o portavoce occasionali, senza esserne i produttori.

* **Cultura del gruppo** (Bion, *Esperienze nei gruppi*). La *cultura* del gruppo, a differenza della mentalità che è inconscia, appartiene alle dimensioni razionali del suo processo. È radicata nello spirito di cooperazione del Gruppo di Lavoro, ed esprime gli stili e le forme con le quali le esperienze psichiche confluite nell'apparato di lavoro sono state da questo elaborate.

* **Mentalità del gruppo** (Bion, *Esperienze nei gruppi*). Le radici della mentalità del gruppo sono inconscie e regolate da leggi automatiche di tipo primitivo (protomentale). La *mentalità* del gruppo confligge con le sue *culture* evolutive e trasformative, e afferma invece i bisogni statici del tempo inconscio non modificabile del gruppo e della sua identità intangibile.

* **Mitopoiesi del gruppo** (Corrao, *Opere*, Vol. II di *Orme*). Mitopoiesi rappresenta il bisogno del gruppo di mitizzare contenuti ed esperienze condivise al fine di potenziare il soggetto plurale, giustificando il sacrificio individuale e la solitudine. La creatività mitopoietica rappresenta anche la tendenza del gruppo a esprimere contenuti di difficile tollerabilità per l'apparato psichico singolo, mediante forme letterarie specifiche, come il mito, che sono sufficientemente distanti e immaginarie da consentire il contatto amplificante; e sufficientemente vicine per i loro contenuti drammatici da essere usati per la rappresentazione dei sentimenti e i contenuti attuali presenti nel gruppo. Il gruppo inoltre come del resto il singolo paziente in analisi che tende a usare il mito ma anche a produrre continuamente miti nuovi propri (Ferro, 2006), ricerca nel mito la dimensione creativa specifica del suo apparato, che per la sua natura multipla lavora simultaneamente a più piani di senso e valorizza le risorse polivalenti e polisemantiche della narrazione condivisa.

Bibliografia

- Anzieu D. (1976), *Il gruppo e l'inconscio*. Borla, Roma, 1979.
- Bion W.R. (1961), *Esperienze nei gruppi*. Armando, Roma, 1971.
- Bion W.R. (1962), *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma, 1972.
- Corbella S., Girelli R., Marinelli S. (2004), *Gruppi Omogenei*. Borla, Roma.
- Corrao F., *Orme*, vol. II. Milano, Cortina, Milano, 1995.
- Correale A. (2000), *Psicoanalisi e psicosi: fino a che punto indagare l'area traumatica?* In *Rivista di psicoanalisi*, Anno XLVI, n.4, ottobre-dicembre.
- Ferro A. (2006), *Riflessioni preliminari su Psicoanalisi e Narratologia*, in "Tempo e Narrazione", a cura di S. Marinelli e M. Bernabei, *Funzione Gamma*, 17, www.funzionegamma.it.
- Jaffè R. (2007), *Ripetizioni nel tempo e microtrasformazioni. Dieci anni di lavoro con un gruppo di pazienti anoressiche e bulimiche*, in «Gruppo con pazienti anoressiche: fattori terapeutici», a cura di S. Marinelli, O. Caputo, Marinelli S. (2004), *Il gruppo e l'anoressia*, Cortina, Milano
- (2019), *Il vertice spazio nel lavoro psicoanalitico*. Borla, Roma, in c.so di stampa.
- Neri C. (1995). *Gruppo*. Borla, Roma; Cortina, Milano, 2018.
- Vasta F.N., *Funzione Gamma*, 14. www.funzionegamma.it.



**Ne approfitto perchè sono stata viziata ma dei lutti familiari mi hanno corretta:
trauma del linguaggio e direzione della cura di A.**

*«Non vorrei crepare no signore no signora
prima di aver assaporato il gusto che mi tormenta,
il gusto più forte; non vorrei crepare prima di aver
gustato il sapore della morte»
(B. Vian)*

Paul Lemoine, come ci ricorda S. Benvenuto, raccontava che nel corso della sua analisi con J. Lacan, le sedute diventavano sempre più brevi. Un giorno Paul gli chiese il perché e Lacan rispose: «Perché voglio renderle più solide!». La tecnica di J. Lacan è passata nel tempo da una parola piena a una parola ridotta all'osso, vero circuito della parola. J. Lacan non sopportava più il compiacimento logorroico della spontaneità, del piacere di parlare tanto per parlare, di una psicoanalisi paragonabile ad un'odierna chat, a pagamento. La parola doveva essere restituita ad una gravità di atto e di impegno, essere una densità performativa.

Presentando qualche passaggio di psicodramma analitico di A. intendiamo proprio segnalare come da una posizione viziata, la paziente, attraverso una direzione dei giochi nella cura, possa ri-trovare la sua cifra di "osso". Ovvero, come direbbe G.W.F. Hegel, la possibile libertà dello stoico che definisce la morte "absolute herr" e non un avvenimento per incontrare l'avvolgente spirito.

A. ha una trentina d'anni ed è ospite di una comunità in provincia di Roma perché, come dice lei «O ero sempre chiusa in casa o ne uscivo e combinavo casini»; «La comunità l'ho tanto voluta quando mi è stata offerta come occasione per curarmi. I miei erano più preoccupati di me che uscissi di casa per venire qui. Ho intuito che in comunità c'era un altro modo familiare, c'erano regole ben definite e cose giuste da fare».

Nel libro sullo psicodramma di G. e P. Lemoine prendiamo quanto segue: «Portare alla luce la parola - mettendola in scena con lo psicodramma analitico - significa liberare Eros da Narciso e allo stesso tempo, far sì che abbia luogo la castrazione».

A corrodo le parole di S. Gaudé tratte dall'intenso testo sulla rappresentazione: «La prospettiva di una relazione, cioè la sua soggettivazione implica il fatto di poter vedere una cosa diversa rispetto al suo oggetto, alla sua immagine, cioè comporta di non misconoscere la dimensione dell'alterità [...] ossia quando le condizioni di accesso alla relazione dipendono dalla castrazione».

Di seguito la scansione di alcuni giochi di A. dalla sua entrata ad oggi:

Primo gioco: il riempimento di A.

Il padre comunica alla figlia che le ha riempito di nuovo il conto bancario “banca previdenza!” - e A. dice al padre che è sempre troppo previdente per paura che lei possa finire male e aggiunge che così è sempre sotto l'ala protettiva dei genitori. Conclude il gioco nel pensiero che per non avere l'ala familiare non può che “sperperarsi” nei guai.

Secondo gioco: un primo vizio

La nonna materna torna a casa e chiede del cestino contenente le ciliege appena raccolte. A. prima cerca di cambiare discorso ma la nonna l'incalza e allora dice con grande compiacimento che le ha mangiate tutte, aggiungendo con una fragorosa risata: «Ero pestifera!».

Terzo gioco: i randagi riuniti

Durante l'estate si reca con la famiglia presso la casa in montagna. Passeggia per sentieri e si ritrova intorno una torma di cani che porta nel giardino di casa. I cani abbaiano oltremodo e A. dice che voleva nutrirli.

I vicini le impongono di far uscire i cani randagi dal giardino, dato il fastidio generato dal tanto abbaiare. A. dice che i vicini sono insensibili, lei poi essendo nel branco era come uno di loro. Conclude la scena dicendo «I cani randagi sono i più felici, ero felice anch'io quel giorno».

Quarto gioco: sono stata vizziata

Con la nonna a passeggio, passano davanti all'edicola, e A. fissa l'album di *Candy Candy*. La nonna immediatamente glielo compra e le chiede se vuole le prime figurine e A. quasi urlando dice «Dieci pacchetti! Ne ho approfittato, m'hanno viziato». Poi in chiusura del gioco dice che doveva essere corretta per diventare adulta, altro che *Candy Candy*.

Quinto gioco: l'arrivo in comunità

A. ricorda il colloquio con la psichiatra proponente la comunità e anche la dolorosissima perdita di familiari a lei cari, degli zii, nello stesso periodo.

Nel colloquio sono presenti ovviamente i genitori, oltre ad A. Fanno molte domande ed esprimono tanti dubbi. A. ad un certo punto del colloquio dice con voce decisa «Io voglio andarci in comunità, se resto a casa finisco sempre all'S.P.D.C, a casa o mi faccio del male o faccio del male».

Alla fine della scena afferma che quella è stata la prima scelta sensata della sua vita anche se ha capito che i genitori si sono sentiti come “morire”.

Sesto gioco: una prima misura

A. esce a passeggio con l'operatrice e si ferma incantata davanti ad una pasticceria

dicendo che vorrebbe mangiarsi tutto. L'operatrice dice ad A. che può con i soldi che ha con sé prendere una cosa. A. entra prende una pastarella, paga ed esce. Dice alla fine del gioco «Era buonissima, era una sola e l'ho pagata con i miei soldi!».

Settimo gioco: dalla randagia alla tartaruga

In gruppo si parla di vari animali e A. dice che recentemente ha visto da qualche parte delle tartarughe. Nel gioco osservandole si chiede come vadano in letargo e quanto siano lente, ma hanno la loro casa sempre appresso. Non le piacciono, ma pensa che hanno misura in tutto. Ora quando A. va a casa è più partecipe della vita familiare, non ha più bisogno di tante parole o di silenzi ritirati come sottolinea. Ora dipinge piccoli quadri di fiori e alla fine ci mette pure la sua firma;

Ottavo gioco: ho votato per la sindachessa

A. è stata al suo paese e ha votato per l'elezione del sindaco. Sottolinea che «L'eletta è una donna». È stata dal parrucchiere per farsi un taglio che definisce più sobrio. Mette in scena il momento in cui prepara delle cose d'abbigliamento da portare in comunità, prima di partire. Dice: «Ho preso solo alcune cose. Proprio quelle necessarie. Non posso portami tutto in comunità. Mi riempirei troppo ...».

Come dice A. Pagliardini, il merito dell'ultimo J. Lacan sta nell'aver evidenziato la dimensione traumatica del linguaggio; e se S. Freud ha insistito che l'evento per il soggetto è la castrazione, J. Lacan nei pressi del suo ultimo insegnare ci dice che la vera castrazione è la castrazione di godimento prodotta dal linguaggio. La faglia interna al linguaggio è che esso nasce da una perdita che c'è proprio per l'incidenza stessa del linguaggio; Pagliardini afferma che il linguaggio prende tempo e spazio attraverso una perdita ma alla pari riproduce sempre una perdita.

Il linguaggio è dunque là dove pretende di comunicare una specie di consolazione di fronte alla vita che urge. Ma il poter desiderare non può che incorniciarsi nella voglia di desiderare e non nell'onnipotenza del desiderio. Pagliardini ci dice, dunque, che il desiderio là dove gli effetti della castrazione “parlano”, non può che regolarsi nell'abituarsi a rispettare i desideri degli altri: così A. da viziata di vita che urge e/o da viziata che si ritira, preso atto che la soluzione non è quella di riempirsi ovvero soldi, ciliege, randagismo e quant'altro, sceglie lo spazio e il tempo della misura della tartaruga, di un'unica pastarella, dell'appena necessario per dare un taglio; “una sobria castrazione?”. Ri-novato alla sua esistenza; facendo i conti con un linguaggio che si presenta nella scansione dei giochi carico all'inizio del “pestifero vizio” di godimento, A. proprio da tale *incipit* riempitivo snoda via via la parola verso un possibile ed umanizzato discorso all'osso.

A. tenta e mette in campo la sua politica del “sindacare” e si appresta a cercare di governare la sua casa, il suo abitare/si, la sua esistenza.

Mauro De Angelis Francesco Mereu Francesca Bocchi

Mauro de Angelis

Psicologo, Psicoterapeuta, Didatta Sipsa-Coirag, Psicoanalista e Psicodrammatista analitico.

Francesco Mereu

Coordinatore assistente sociale presso il Dsm/Rm/B, formazione allo psicodramma analitico presso la Sipsa-Coirag, co-terapeuta in gruppi di psicodramma analitico condotti dal dott. Mauro de Angelis.

Francesca Bocchi

Psicologa, formazione allo psicodramma analitico presso la Sipsa-Coirag, co-terapeuta in gruppi di psicodramma analitico condotti dal dott. Mauro de Angelis.

Bibliografia

- Bazzanella E. (2011), *Lacan immaginario, simbolico, reale in tre lezioni*, Asterios, Trieste
- Benvenuto S., Lucci A. (2014), *Lacan oggi, sette conversazioni per capire Lacan*, Mimesis, Sesto S. Giovanni (Mi);
- De Certau M. (2010), *L'invenzione del quotidiano*, Edizioni lavoro, Roma;
- Gaudé S. (2015), *Sulla rappresentazione, narrazione e gioco nello psicodramma*, Alpes Italia, Roma;
- Lemoine G., Lemoine P. (1973), *Lo psicodramma, Moreno riletto alla luce di Freud e Lacan*, Feltrinelli, Milano;
- Pagliardini A. (2011), *Jacques Lacan e il trauma del linguaggio*, Galaad edizioni, Giulianova (Te);
- Zizek S., Daly G. (2006), *Psicoanalisi e mondo contemporaneo, conversazioni con Zizek*, Dedalo, Bari.



Aspettando Godot: ovvero storie di un trauma invisibile

"Well? Shall we go? "Yes, let's go" ma la voce narrante dice che non si muoveranno, mentre le foglie cadenti dall'albero, alle loro spalle, sembrano simboleggiare l'inesorabile passare del tempo.

I due personaggi parlanti sono Wladimir-Didi e Estragon-Gogo, gli stralunati personaggi di *Aspettando Godot*, noto lavoro di Samuel Beckett. Già nei nomi e nei diminutivi sembrano indicare la doppia dimensione di adulti-bambini.

Il protagonista, Godot, è assente ma costantemente evocato in un alternarsi di fiducia e di sconforto; la speranza che domani verrà e darà loro ciò di cui hanno bisogno insieme alla sfiducia e al desiderio di lasciarsi morire.

C'è dialogo ma non comunicazione, manca il campo esperienziale dell'empatia, lo spazio temporale è statico, evoca solitudine e vuoto; Gogo e Didi sembrano sospesi in una mancanza di senso, incerti sulla loro stessa identità come sull'identità dell'altro.

Sono stati soprattutto gli psicoanalisti della scuola indipendente inglese a mettere a fuoco un particolare trauma precoce, dove il danno c'è, ne vediamo le conseguenze, ma ciò che manca, a prima vista, è il nesso con uno specifico evento.

Un trauma dovuto a ciò che non c'è stato ma che avrebbe dovuto esserci.

Una falla nel processo di crescita connotata dall'assenza di uno spazio potenziale fra l'adulto e il bambino, lo spazio in cui si forma e si stabilizza la fiducia in se stessi fondata sull'interiorizzazione di un oggetto affidabile, uno spazio in cui amore e odio possono coesistere ed integrarsi cui consegue il sentimento di essere vitali e creativi nell'incontro con un altro significativo.

Le falle di questo processo mancato nella formazione del Sé si manifestano soprattutto nei periodi di crisi, di passaggio, dove si acuisce il bisogno di "adulità" per dare senso al proprio divenire, proprio perché nuove pressioni pulsionali ed emotive possono rendere l'Io più fragile e bisognoso di sostegno.

Un disagio che si palesa spesso in adolescenza, fase della vita i cui confini oggi sembrano anagraficamente dilatati, spostati in avanti ed in questo hanno certamente importanza la formazione più lunga e l'ingresso tardivo nel mondo del lavoro, così come è tardivo lo sganciamento dalla famiglia.

Succede che alcune problematiche relative ai processi necessari per il conseguimento di una nuova identità, perdurino e si manifestino nei giovani adulti che a volte si sentono pressati, incastrati in un sistema di scelte predeterminate, in un gioco di proiezioni e di identificazioni bloccanti.

Ci sembra che l'università ponendosi nell'immaginario come luogo del sapere, della competenza e dell'autorità, cui è intrinseca una funzione trasformativa del Sé

adolescenziale nel Sé adulto, diventi luogo elettivo perché possa attivarsi o riattivarsi una fiducia di base insieme al riconoscimento dell'alterità e della differenza.

La realtà dell'esperienza universitaria è, tuttavia, per molti giovani diversa e frustrante; l'aspettativa che ci sia un maestro-genitore che sappia riconoscere valore e permettere un'espressione autentica di sé viene spesso delusa, così che molti giovani, come Didi e Gogo, sembrano perdersi e vagare in un'esperienza senza vero senso e senza futuro.

In considerazione delle molte problematiche legate al percorso degli studi universitari, in alcune università sono sorti servizi di consultazione psicologica, nell'ambito dei quali è prevista per gli studenti la possibilità di essere inseriti in gruppi di psicodramma.

Sono molte le ragioni per considerare lo psicodramma una terapia particolarmente adatta al contesto universitario, ad esempio, per un giovane adulto può essere molto rassicurante non essere esposto a massivi investimenti emotivi generati dal rapporto duale così come essere l'autore della propria scena può far sentire al sicuro rispetto ai timori di passivizzazione, particolarmente avvertiti in una fase di transizione fra l'adolescenza e la maturità.

Il “gioco” introduce la possibilità di riattivare processi di trasformazione, una possibilità per ripristinare aree compromesse - se non alienate.

Lo psicodramma riapre uno spazio “come se”, uno spazio che si situa fra realtà (nel gioco) e non realtà (del gioco) grazie al quale può essere reintrodotta il fantasma e il suo potere di riattivare lo scenario interno riannodando il tempo passato e il tempo presente, condizione per ridare vitalità al desiderio.

Nel gruppo da noi condotto per due anni (1), ci è sembrato che alcuni partecipanti portassero il disagio esistenziale di cui stiamo parlando, declinato, tuttavia, in modi diversi. Parlare di alcuni di loro ci aiuta a esemplificare la nostra esperienza scegliendo alcuni vertici di riflessione.

Ci è sembrato, ad esempio, che Ludovica (2) portasse un suo modo di opporsi all’“adulità”, un “no” come unica via di autoaffermazione di sé.

Ludovica è una studentessa fuori corso, un blocco che perdura da moltissimi anni le impedisce di sostenere l'ultimo esame per laurearsi. Spesso parla di una madre che la vorrebbe impegnata nella ricerca di un “vero” lavoro o nel completamento degli studi, una madre che la mattina, quando lei poltrisce a letto, la redarguisce pesantemente e a cui lei stessa oppone un rigoroso silenzio. Il padre che viene descritto sostanzialmente assente o appiattito sulle posizioni materne, è da lei immaginato allegro quando fuori casa.

Ludovica tollera legami dove l'altro è sostanzialmente assente o impegnato in altre situazioni affettive e a cui non fa vedere né risentimento né ferita. Ha un fratello descritto alla ricerca continua di evasione e divertimento.

Un piccolo frammento di seduta in cui Ludovica si confronta con una partecipante al

gruppo sul tema del desiderio e della parola dell'altro:

Partecipante: «Ho sempre lo stesso problema, un po' di tempo fa ho parlato con mia madre... qui non ne ho parlato perché pensavo... Forse per la prima volta ho capito cosa voglio fare... non voglio fare la biologa, voglio fare la maestra ma poi ne ho parlato con mia sorella che mi ha detto: “Tu sei una idealista! Non puoi fare tutto ciò che vuoi!” Allora io sono rimasta male ed ho pianto».

Una madre che ascolta e una sorella che blocca, una parola per comprendere ed una che confonde rispetto al proprio desiderio.

Ludovica dice: «Per me la parola bloccante è stata: “fai come vuoi!”. Per assurdo è stato un po' come sentirsi dire: “io mi lavo le mani” e, tuttavia, mi è rimasta la paura del giudizio di mia madre».

In una seduta di alcuni mesi dopo Ludovica giocherà uno scenario che capovolge la versione del suo “romanzo familiare”. Alle prime luci dell'alba due genitori svegli, insicuri e impotenti, accolgono il rientro di suo fratello; il padre, con la preparazione silenziosa del caffè per tutti, sembra prendersi cura nell'unico modo per lui possibile: il soddisfare i bisogni concreti.

È una seduta che a noi è apparsa di snodo tra la percezione di un padre emigrante che va chi sa per quali avventure, giocoso solo fuori casa e una visione adulta di un padre che va lontano per provvedere ai bisogni essenziali della famiglia.

Dopo alcuni mesi ha concluso la sua esperienza nel gruppo comunicando di aver intrapreso un “vero lavoro”.

Per Ludovica scoprire il reverso emotivo del comportamento dei suoi genitori le ha permesso di uscire dal suo “no” oppositivo e nichilista per poter finalmente cercare - senza ipoteca - il suo desiderio.

Una forma affine ma diversa in cui può esprimersi l'impasse esistenziale è il dilemma fra la voglia di restare piccoli, protetti nell'ambito del già noto e la spinta pulsionale ed evolutiva a crescere per poter salpare verso nuove esperienze, prendendo il proprio posto nel mondo. Forse la difficoltà ad andare sottende la fantasia inconscia di poter, crescendo, distruggere i genitori.

È quello che ci sembra porti Alessandro. Lo esprime persino nell'abbigliamento: a volte arriva in seduta con larghi pantaloncini corti che lo fanno sembrare veramente un bambino cresciuto in fretta. In un sogno raccontato, il giovane si trova in un grande magazzino (che potrebbe rappresentare tutte le possibilità di scelta?) e raggiunge un amico per suonare insieme su un palco. Sullo schermo alle loro spalle vengono proiettate le immagini della loro amicizia nel tempo. All'inizio Alessandro è più alto dell'amico ma nel divenire lui rimane piccolo mentre l'amico continua a crescere. Nel corso delle sedute parla spesso di questo amico, ci sembra, come parte desiderante ma inibita di sé; un ragazzo che può scegliere da solo, ad esempio, come vestirsi, mentre lui è

condizionato dai gusti della propria madre.

Nell'incontro individuale, da noi tenuto con ogni partecipante a conclusione dell'esperienza di psicodramma, Alessandro, che è in procinto di trasferirsi in America, racconta che lì incontrerà l'amico (che è già lì per lavoro) ed esplicita che sarà la sua rivincita, perché anche lui, finalmente, può andare. In questo ultimo colloquio racconta che il padre, in previsione della sua partenza, gli ha chiesto di avere al più presto un nipotino. Si delinea un padre centrato sui propri bisogni, sentito come inibente, cui, tuttavia, non ci si può opporre perché fragilmente "buono". Alessandro pur riuscendo finalmente ad andare porta con sé la fantasia di poter trovare nello sconosciuto datore di lavoro un'autorità vessante insieme all'angoscia di poter esplodere con una propria reazione emotiva pericolosa o inappropriata, forse perché non ha mai potuto modulare la propria "distruttività" nel rapporto primario.

La ricerca di un senso ontologico di Sé riguarda anche Giuseppe, un giovane già laureato che affronta da molti anni un secondo percorso di studi universitari con rabbia e fatica, impegnato quasi come don Chisciotte in una lotta all'autorità accademica, percepita come deludente rispetto al suo bisogno di riconoscimento e incapace di dialogo creativo. Arriva agli incontri preliminari disorientato e con accenti paranoici tali da indurci a dubitare della possibilità di inserirlo nel gruppo. Sembrava continuamente oscillare tra un Sé grandioso e un Sé a rischio di essere annientato.

Accettata la proposta dello psicodramma come un ripiego (avrebbe desiderato un'analisi individuale che non ha potuto permettersi) mantiene a lungo la svalutazione della sua esperienza con noi. Dice in un incontro che non vuole parlare veramente dei suoi genitori, perché potrebbe farlo solo nel corso di una "vera" analisi. Giuseppe sembra voler tenere i genitori in una sorta di animazione sospesa, un limbo d'indeterminatezza. Tuttavia, a mano a mano che la fiducia nell'esperienza dello psicodramma aumenta, lo studente inizia a rappresentarli; appaiono molto contraddittori, lo aiutano economicamente ma sembrano incapaci di un vero dialogo con lui. Il padre della prima infanzia non gli permette di piangere quando lo picchia duramente.

La difficoltà di fare i conti con il proprio ambiente affettivo primario, a causa di una sospensione di giudizio sulle qualità dei suoi genitori e sulla sua reazione, ci è parso trovare espressione nel suo narcisismo ipocondriaco. È per lui difficile distinguere fra cose buone da mettere dentro ed esperienze cattive da elaborare.

In una seduta dice: «Associo il mio "gonfiore gastrico" alla difficoltà di liberarmi completamente di ciò che ingerisco, come riflesso della mia situazione mentale, per questo motivo sono in "previsione" di cancro, non riuscendo a scaricare la carica».

La sua dissociazione nella percezione di aspetti buoni e cattivi genera persecutori. In uno degli ultimi incontri programmati, Giuseppe racconta un sogno: «Ero in presenza

di un delinquente, un *boss* cui ero sottomesso, che mi diceva: “Tu non ti libererai mai di me: ovunque andrai ti troverò”».

Gli rimandiamo che forse lui ha vissuto anche noi terapeute come boss perché abbiamo deciso noi il tempo della conclusione ma, di questo, Giuseppe non sembra convinto. Porta nel corso della stessa seduta un altro sogno: «Ero in camera da letto, c'era un bambino di cinque-sei anni al lato del letto. Il piccolo ad un certo punto tira fuori un coltello o forse, per la punta, un taglierino. Lo invito a metter via il coltello, dicendogli: “ti puoi far male!”». Gli viene rimandato che quel bambino potrebbe essere lui stesso. Allora Giuseppe riferisce che la sera prima sua madre gli aveva mostrato una foto in cui è ritratto in occasione di una ricorrenza familiare, dicendogli: «Qui ci sei tu» e lui le aveva risposto: «Già allora avevo l'espressione di uno che si rompe il c...».

Ci è sembrato che Giuseppe inizi a riconoscere un'aggressività primaria e distruttiva di bambino che si era sentito non visto, costretto, annoiato.

In un altro incontro racconta ancora un sogno. Dice: «Ero nell'angolo di un locale dove c'erano strumenti musicali, mia madre mi era seduta accanto mentre io provavo un basso... Se veramente fosse stato così per me... se mia madre si fosse interessata a ciò che amo e mi interessa, sarebbe andata diversamente». Aggiunge: «Qui prendo spazio e sto bene, poi quando torno a casa sto male, mi vergogno di essermi preso lo spazio».

Il desiderio di avere un luogo per esprimersi, a causa dell'ambivalenza, lo fa sentire colpevolmente ingordo; giunge a vergognarsi dei propri bisogni narcisistici.

Racconta poi di aver ritrovato dei vecchi brani che aveva composto e di averli incisi. Abbiamo pensato che ciò possa costituire l'inizio per ritrovare nel suo spazio interno aspetti buoni, reali e di valore per se stesso come base per esprimersi nell'attualità.

Al termine dell'ultima seduta di psicodramma, andando via, Giuseppe dice commosso: «Grazie del vostro amore».

La gratificazione che Giuseppe ci dona, insieme al sentire cambiamento negli studenti che hanno partecipato al gruppo, il sentirli maggiormente capaci di superare l'impasse esistenziale, rafforza fiducia nei nostri “oggetti buoni”, rassicurazione di cui, a volte, anche noi abbiamo bisogno.

Giovanna Lorusso,

Didatta SIPsA Ordinario SIPSIA (psicoterapia del bambino dell'adolescente e della coppia) Libera professionista

Angela Maria Cotella,

Psicoterapeuta, specializzata presso la scuola COIRAG di Bari, con adesione al training SIPsA. Lavora per il Servizio Home Maker del Comune di Bari ed è libera professionista.

Note

1. Il gruppo è una delle opportunità offerte dal *Se.Co.Ps.*, Servizio di Consultazione Psicologica dell'Università di Bari. È un gruppo con adesione gratuita, al quale diversi giovani hanno partecipato nell'arco di due anni, il tempo da noi programmato.
2. I nomi e i riferimenti relativi a fatti e persone presenti nel testo sono stati volutamente modificati nel rispetto del diritto alla riservatezza delle informazioni personali.

Bibliografia

- Beckett S.(1952), *Aspettando Godot*, in Teatro Completo, Einaudi – Gallimard, Torino, 1994
Green A (.1992), *Narcisismo di vita narcisismo di morte*, in *Opere*, Borla, Roma, 1992
Winnicott.D.W (1958a), *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Psycho-Martinelli, Firenze, 1975
Winnicott D.W. (1989b), *Esplorazioni psicoanalitiche*, R. Cortina, Roma, 1995



**Comprendere il trauma e dimensione evolutiva del transfert
nel trattamento psicoanalitico individuale e in gruppo:
dalla violenza al riconoscimento dell'altro**

Senza il femminile all'origine non c'è vita possibile, non c'è luogo per l'uomo
(Tilopa, Maestro Tibetano di Tantra)

Questo lavoro vuole mettere in evidenza la relazione esistente tra trauma individuale e trauma sociale prendendo in considerazione l'enigma della violenza, in particolare sul corpo femminile. Vorremmo analizzare anche le dinamiche individuali e sociali che orientano il modo di relazionarsi con sé stessi e con l'altro diverso da sé nella diversità di genere.

Il corpo femminile è collocato nella nostra mente e nel sociale e detta determinati significati.

Francoise Héritier (1978) prende in considerazione la mascolinità come connotata da una originaria insicurezza e da emozioni specifiche che hanno portato ad una percezione oppositiva e non dialettica del femminile. Assumere una identità dominante, aggressiva e violenta non è stata nella storia operazione semplice né indolore.

Pensiamo da tempo che enfatizzare la differenza come unica categoria interpretativa dell'identità sessuale del soggetto umano finisca col farci restare nella logica del dualismo sessuale. Occorre invece maturare un pensiero complesso che sappia fare i conti con la verità dei soggetti reali, lasciando in tensione continua differenza ed uguaglianza; occorre dare spazio alla massima libertà per entrambi i generi, nella sperimentazione di soggettività libere e sviluppare creativamente alcune forme in divenire i cui elementi sono lo slancio, l'imprevisto, il gioco.

Soprattutto occorre rimuovere le stereotipie mortifere che inibiscono e paralizzano la soggettività di ogni essere umano, in particolare la soggettività femminile, sempre imprigionata e bloccata nel suo manifestarsi libera e vitale. L'identità autonoma della donna è ancora in cerca di affermazione e sviluppo. L'autonomia è ancora osteggiata sia da rigidità sociali che da fattori interni (intrapsichici).

Riguardo alle ricerche sul trauma individuale e su quello sociale massivo, Kemberg (2008), nella prefazione al libro di Clara Mucci (2014), delinea una innovativa clinica del trauma basata su un concetto di psicoanalisi come pratica sociale di testimonianza e su una nozione etica e relazionale del processo di cura.

Clara Mucci indica strade nuove per la psicoterapia di uno degli eventi sconosciuti della nostra società, a livello familiare, intergenerazionale, politico e sociale. Ipotizza inoltre un "al di là del trauma", una possibile interruzione nella catena delle identificazioni traumatiche tra una generazione e l'altra, un "andare oltre" la posizione

interna di vittima e di persecutore. Processo che si può sviluppare come integrazione intrapsichica delle scissioni interne, senza alcuna accezione religiosa, identificando nella resilienza la capacità del sopravvissuto alla violenza di superare la disumanizzazione e l'esperienza del male. Un “al di là del trauma” che consiste in una profonda riparazione del soggetto come del “tessuto” sociale ferito.

Paura e invidia possono connotare il legame d'amore. Anche nei legami di intimità. È palese l'incapacità di troppi uomini a riconoscere e accettare il libero desiderio della donna, una sorta di insostenibilità che si trasforma in violenza.

Nel nostro lavoro con le pazienti traumatizzate sottolineiamo l'importanza di interessarsi sia alla complessità della realtà esterna, il reale, sia alla complessità interna, l'aspetto fantasmatico, e cercare una loro conciliazione ed elaborazione. Cercheremo di mettere in luce i conflitti e le rigidità traumatizzanti e a volte annientanti la sopravvivenza fisica e psichica della donna.

Molte emozioni impensabili e insopportabili vengono negate, scisse e proiettate.

Il trauma ha radici profonde sia nel sociale che nell'individualità. Occorre un lungo periodo di tempo e testimonianza partecipe del terapeuta per rendere raffigurabili le immagini e le sensazioni dolorose di impotenza ad opporsi alla violenza, al subire l'odio e la distruttività che passa anche in modo transgenerazionale (Fainberg, 2002, 2006)

Dopo Freud (1985) alcuni autori hanno approfondito il ruolo di “un'originaria esperienza traumatica” che impedisce l'elaborazione di pensieri che possano raffigurarla e che impedisce l'aspetto strutturante della conflittualità edipica, predisponendo un “precipitato della parola nel corpo” (Racalbutto 2004), cioè un passaggio dal linguaggio verbale a quello somatico.

Ferenczi S. (1932b) in *Confusione delle lingue tra gli adulti e il bambino. Il linguaggio della tenerezza e il linguaggio della passione*, situa per primo il trauma all'interno della relazione di fiducia.

Diversi autori, successivamente, concentrandosi su aspetti diversi, hanno ripreso il tema delle “carenze assistenziali” come radici del trauma all'interno della relazione primaria. Una non disponibilità della mente della madre a contattare e “tenere teneramente” (Winnicott, 1971) la mente del bambino, come una modalità traumatica che si instaura e si prolunga nel tempo.

L'assenza di disponibilità della mente della madre come condizione centrale di fronte al vissuto di impotenza/dipendenza del bambino si contrappone per questi autori all'idea di violenza, intrusività, seduttività che fino ad un certo momento aveva caratterizzato la concettualizzazione dello scenario traumatico (Bion, 1959, 1961; Aulagnier, 1995).

Ad ogni modo possiamo sostenere che in ambedue le diverse condizioni, si possa osservare l'incapacità di tenere un limite tra l'essere eccessivamente presente oppure totalmente assente. In ambedue i casi, infatti, ciò che si osserva è l'istaurarsi di una

relazione disfunzionale, non sintonica né armonica tra madre e bambino.

Per il bambino decodificare la presenza/assenza e le qualità dell'altro cioè della madre è un compito estremamente complesso perché proprio la sua mente in costruzione rende questa presenza/assenza estremamente enigmatica e difficile da configurare.

Fairbairn (1952, 1954) riteneva che la situazione originaria psichica di base è quella che si riscontra negli stati isterici e scrive: «[...] interpreto in questo senso le urla di crisi del lattante». Si potrebbe pensare che questo bisogno corporeo fornisca un luogo corporeo per esprimere il disagio psichico o il conflitto, sia in un certo senso costituzionale e si avvalga dei processi di identificazione primari e delle spinte imitative originarie. In seguito ai nuclei traumatici il bambino si difende proprio per evitare di entrare in contatto con le emozioni legate al trauma, all'angoscia di perdere il contenimento e di morire. Intendiamo come trauma (dal greco, danneggiare, ledere), un vissuto sia fisico che psichico o entrambe le cose, dagli effetti così soverchianti dal punto di vista emotivo e fisico, che il soggetto non può farvi fronte, perché minaccia la coesione della mente e la sopravvivenza.

L'angoscia può allora, difensivamente, essere trasformata in una fantasia onnipotente ed eccitante.

Le prime difese che la nostra mente attiva sono: ritirarsi in un rifugio autistico che cancella l'altro, scindere e proiettare.

In ogni perversione c'è un'esclusione dell'altro dalla relazione ed anche una fantasia che nega l'esistenza e l'autonomia dell'altro come soggetto separato, intrappolandolo nell'impotenza e nell'angoscia di annientamento. Questa è proprio la matrice delle perversioni e della violenza: l'eliminazione del desiderio dell'altro in quanto diverso.

L'alterità viene negata in quanto la persistenza di un modello di identificazione primario in cui l'altro resta confuso, rischia di produrre il rigetto e la cancellazione dell'altro.

Come fa notare Walter Bruno «accanto al desiderio fortissimo di separarsi» esiste «un altrettanto prepotente spinta a ri-unirsi all'oggetto» con il quale si cerca un legame idealizzato e fusionale che al tempo stesso rassicura e rende schiavi e per evitare la colpa della separazione (Bruno W.,1993).

«E proprio dalla fusione narcisistica con l'oggetto significativo nasce la possibilità di separazione e di un reciproco riconoscimento, di costruzione di un'immagine di Sé accettabile». Ma l'assenza, la carenza, del corpo materno, in cui langue la veicolazione degli affetti lascia un vuoto che non si riempie con il cibo o altro.

La mancanza di un dialogo percettivo sensoriale nei primi mesi di vita provoca una non elaborazione psichica della separazione. La messa in scena, nella ripetizione nel transfert, del conflitto d'alterità e del conflitto di potere, sono situazioni che possono mettere in scacco l'analista e farlo sentire impotente. Per questo occorre che l'analista sia in grado di accogliere e far transitare sul suo corpo l'eccitazione o le percezioni sensoriali comunicate dalle pazienti che vi descriveremo, per consentire lo sblocco del

“transfert corporeo” (Carnevali, 2017) verso lo sviluppo del transfert evolutivo.

Nel lavoro analitico pensiamo sia importante fare attenzione al transfert e al controtransfert e all'immedesimazione e comunicazione empatica dell'analista nei diversi contesti descritti oltre al suo lasciarsi coinvolgere in tutta la sua persona.

Tratteremo due casi clinici uno in analisi individuale e uno in gruppo di psicodramma analitico.

Nella nostra esperienza clinica i pazienti portano, non a caso, difficoltà nel legame con l'altro. Rimasti ostaggio dell'unità narcisistica, si difendono restando sufficientemente a distanza (le labbra non si aprono più né per una forchettata, né per una parola di spiegazione), preservandosi per quanto possibile, dall'incontro con tutto ciò che è l'altro da sé (Carnevali, Bruno F., Errani 2008).

Per Freud la seduzione materna originaria, oltre alle cure materne ha sempre svolto un ruolo importante. Questo perché le cure materne possono rivelare allo stesso tempo l'intrusione inconscia della sessualità della madre nel bambino.

La madre fungerà da prototipo per tutte le successive relazioni amorose di entrambi i sessi. Il neonato, trattato con l'intensità di un amore che ancora non conosce (per l'immatunità del suo psichismo), viene riempito e penetrato (André 1995), in una posizione psichica femminile recettivo-passiva che richiama l'elemento femminile della duplice disposizione originaria propria della bisessualità.

Questo ci riporta a Ferenczi (1932b) quando segnalava che i bambini possono essere intrusi e penetrati nella loro vita in prima istanza per effrazione del sé originario, dall'amore sessuale inconscio (passione) che l'adulto porta in relazione alla confusione delle cure sia materne che paterne.

A volte un *troppo di madre* e un difetto del padre può scatenare dei conflitti edipici precoci inelaborabili per la psiche e produrre conseguenze traumatiche di deficit di triangolazione e di difficoltà di elaborazione del processo separazione-individuazione che non consente la crescita della capacità di una sufficiente tolleranza ai conflitti stessi.

Questo potrebbe essere uno dei motivi dello scatenarsi della violenza contro il corpo femminile. Per entrambi i sessi, fisiologicamente per “essere” (identità) è necessario ricorrere all'identificazione primaria con la madre, all'«Io sono il seno» di Freud (1938b), e al «bambino che diventa il seno» di Winnicott (1971) e all'«imitare per essere» di Gaddini (1969).

A volte possono coincidere la madre delle cure e della tenerezza e la madre della seduzione, la madre della sensorialità e la madre del pensiero, e convergere nella costituzione di un unico oggetto confuso di varie funzioni, rappresentazioni e significati. Un oggetto *unico*, preferito, su cui rappresentare vari personaggi, un oggetto

unico di una diade che non tollera, non prevede e non rappresenta a sufficienza il terzo, e perciò un altro oggetto (modalità anti-padre, anti-edipo).

Memoria storica e fantasia sono polarità costantemente in gioco (Green 1994, Bonfiglio 1997, Correale 2010.)

Vignette cliniche

Anna

La paziente che descriveremo, seguita con un trattamento analitico individuale, nella insopportabilità dell'impotenza e del terrore, si sentiva confusa e dubitava della verità del suo sentire, nevrotizzandosi ossessivamente nel dubbio se avesse subito la violenza o l'avesse fantasticata. Imprigionata dai dubbi e colpa spesso con disperazione in seduta ripeteva: «Sono stata io dottoressa, io l'ho fatto?».

Parliamo di Anna, una ragazza di 21 anni, mora, piuttosto alta e con un bel viso di bimba.

Al primo colloquio la terapeuta nota subito che il suo corpo è un po' goffo, gli abiti che indossa ordinati e puliti sembrano più piccoli del necessario, il corpo troppo grande infilato in panni troppo piccoli.

È nata in America Latina e all'età di circa un anno arriva in Italia con i suoi genitori, invitati dalla nonna materna che vive in Italia con un compagno italiano che ha una piccola azienda.

La nonna materna offre una possibilità di lavoro alla figlia, mentre il genero inizia a frequentare corsi di lingua italiana e di formazione, svolge diversi lavoretti sul territorio fino a quando diventa operaio in una piccola azienda.

La mamma di Anna è inquieta, fa fatica ad adattarsi al nuovo paese e alla nuova lingua, è viva in lei la fantasia di tornare nel paese di origine. Nei primi anni successivi al trasferimento in Italia, Anna e la sua mamma faranno diverse volte avanti e indietro tra i due paesi. La mamma per diverse volte prende con sé Anna e la riporta nella loro terra di origine sottoponendo la piccola a separazioni improvvise, viaggi e periodi di soggiorno all'insegna della estrema precarietà. Anna racconta di avere cambiato molte volte abitazione e di non sapere con precisione i motivi di questi continui cambiamenti ma suppone che dipendessero dal fatto che la mamma fuggisse da qualcosa.

Anna e la sua mamma erano completamente abbandonate a se stesse, fuse e confuse e forse vittime entrambe.

Al termine di questo periodo, che coincide con l'ingresso di Anna nella scuola dell'infanzia, la madre smette di viaggiare e si stabilizza in Italia. Da quel momento riprende il lavoro presso l'azienda di famiglia diventando una vera e propria stacanovista. Anna racconta di lunghe ore trascorse da sola in casa in attesa che tornasse

qualcuno. In quelle ore spesso Anna dormiva e ricorda come quel sonno fosse l'unico modo (oltre ai cartoni animati) che aveva a disposizione per far passare il tempo e fare fronte alla tristezza e ai sentimenti di abbandono.

Nel frattempo il padre di Anna prende una laurea e assume una buona posizione all'interno dell'azienda presso la quale già lavora.

Anna ricorda anche forti discussioni tra i genitori, spesso per il denaro e soprattutto a causa delle scenate di gelosia della madre.

Quando Anna ha circa 10 anni la mamma resta di nuovo incinta e nasce un fratellino. Dopo la nascita del fratello la situazione in famiglia peggiora, i genitori litigano sempre più spesso. La mamma depressa inizia ad avere strani comportamenti.

Attenta osservatrice della madre, Anna scopre messaggi su facebook con sconosciuti e cerca di coinvolgere il padre nel controllo della madre. La situazione precipita, i due genitori si separano, Anna e il fratello vanno a vivere con il padre.

La mamma subito dopo la separazione (Anna ha circa 14 anni), tenta il suicidio ingerendo dell'antigelo.

Nei lunghi giorni del ricovero Anna, disperata, più volte pensa che forse sarebbe meglio liberarsi della madre, un peso diventato insopportabile, ma lasciata sola scivola insieme a lei nel buio depressivo.

La madre viene dimessa e per un certo periodo assume farmaci, Anna torna a vivere con lei mentre il fratello rimane con il padre.

Quando la madre riprende il lavoro nell'azienda di famiglia cominciano furiose litigate con Anna, la mamma spesso si esprime in maniera molto aggressiva e traumatizzante nei confronti della figlia adolescente. Anna sempre più depressa, fa fatica a comunicare con gli altri, abbandona la musica che le è sempre piaciuta tanto, lascia il coro nel quale ha cantato per anni e anche la scuola che le è sempre piaciuta diventa un luogo ostile, non riesce a studiare e sente un profondo distacco dai suoi compagni.

Nelle sedute Anna finalmente ha uno spazio di ascolto per raccontare la sua storia, lo fa con una certa pacatezza, ma anche con malinconica tristezza.

Il presente appare essere per lei dolorosissimo e il futuro non esiste. Sei mesi prima di arrivare in terapia ha subito un ricovero in psichiatria a causa di una crisi psicotica instauratasi i giorni successivi ad una forte lite che ha avuto con la madre. Anna racconta che in stato di inquietudine non riusciva più a dormire, che si sentiva sempre molto preoccupata del fatto che gli altri potessero preoccuparsi per lei e che le era diventato difficilissimo svolgere il suo lavoro e avere rapporto con i colleghi. In un costante stato di ansia, si sentiva confusa e non sapeva più cosa fare, non riusciva a mangiare e a volte piangeva.

Precisa anche che le pare di non avere un ricordo chiaro di quei giorni che sente avvolti da un velo.

Nella terza seduta dopo la prima separazione estiva arriva in orario, ha un'espressione triste, ma accenna un sorriso cercando lo sguardo dell'analista. Dice di ritenere che questa tristezza non sia uno stato transitorio ma che sia proprio lei ad essere fatta così. Muove una mano per indicare qualcosa di piatto e descrive il suo sentirsi sciatta, poco curata. Sente un vuoto, le manca qualcosa.

Ad ogni modo si è iscritta in palestra ma non sa se riuscirà ad andare.

La terapeuta ricorda la sensazione avuta al primo colloquio, le torna l'immagine che l'aveva colpita subito: il sacco vuoto, la goffaggine, la parte di sé abbandonata e senza struttura portante, farebbe pensare a una bambina in un corpo ingombrante e che non percepisce come sessualizzato. Le domande sul futuro al quale non riesce a dare risposta e questo lasciarsi andare alle cose senza sentire di poter imprimere loro una direzione la fanno sentire ancora più inutile

L'analista sente un senso di vuoto somatizzato allo stomaco e una vertigine forse un senso di caduta, di crollo, possibile traccia di un'emozione dolorosa di mancanza e pensa di proporre ad Anna una riflessione: «Penso sia doloroso e faticoso contenere l'angoscia di cadere giù nel vuoto sentendo mancare le braccia della mamma che contengono e tengono in braccio, ne senti la mancanza».

Anna allora racconta un momento felice nella sua infanzia, si trova nel suo paese in America Latina al chiosco dei gelati dove pagando una quota fissa puoi mangiare tutto il gelato che vuoi. Le pare di avere cinque anni, forse meno.

Terapeuta: «Sì, conosco questa gelateria, deve essere davvero molto divertente, in Italia non c'è nulla di simile».

Anna sorride e chiede come faccia a sapere di quella gelateria e la terapeuta le risponde che un'amica che lavora nel suo paese le ha parlato di questa gelateria nel parco.

Anna sorride, è contenta.

Anna: «Sa che per molto tempo quando mi facevano domande sul mio passato io cercavo di sorvolare, semplificare, non era facile per me raccontare la storia perché è una storia complicata. Lei adesso la sa. Avanti e indietro dal Paese all'Italia e tutto il resto ... io adesso mi sento italiana, magari del mio paese mi piace la musica, ma la musica mi piace in generale. Tutto questo andare e venire deve avere avuto un peso, mi ha bloccato, rallentato, come se dovessi "o stare qua o stare là».

T.: «I cambiamenti possono essere sentiti come delle vere e proprie rotture e come se ogni volta si spezzasse qualcosa. La separazione dalle proprie origini, la separazione dei genitori ... Effettivamente possiamo pensare che tutto questo andare e venire e tutti i cambiamenti possano essere stati molto faticosi per una bambina. Ogni volta bisognava ricominciare da zero».

Sorride e dice che pensa sia stato proprio così. Prima non riusciva a capirlo.

L'analista inizia a sentire che qualcosa si sta sgelando (senza essere costretti ad ingerire l'antigelo). Forse ha l'urgenza di farle una domanda. Ma quale domanda? Guarda l'orologio e vede che mancano ancora 15 minuti, pensa al tempo del trauma, forse sta ripartendo il tempo, la possibilità di sbloccarsi e di pensare.

Anna continua: «È faticoso, ma utile, è come se mettessi ordine. Mi fa bene».

La terapeuta sente che sta affacciandosi qualcosa di nuovo, di non conosciuto.

Anna: «Avevo pensato che forse sono pronta a dirle di quel mio pensiero. È che è molto difficile parlare di questa cosa. Il problema è che non riesco a capire se è vera o no e questa cosa mi fa molto soffrire, mi confonde e mi torna continuamente in mente. Avevo circa 9 anni e ho sentito il mio corpo cambiato. Poi ricordo che ero stesa a terra e c'era mio padre su di me». Poi ... abbassa gli occhi, si commuove, trattiene le lacrime e tace.

Anna invasa da vergogna non riesce a dirlo.

Forse vuole aprirsi e comunicare un dolore agghiacciante, compare un'immagine violenta della relazione con il padre, un abuso sessuale, l'analista pensa con terrore alla ragazzina che subisce impotente un rapporto sessuale e sente il terrore di Anna.

Anna: «È tremendo. Dopo il rapporto ho sentito il mio corpo che cambiava. Non so, una sorta di eccitazione, ma non capivo assolutamente cosa stava succedendo. L'ho capito solo dopo, a distanza di tempo, lì per lì non mi era chiaro nulla, se non che io stavo là, sotto di lui, era quasi come se non ci fossi. Poi è come se a un certo punto il mio io andasse in alto e vedessi questa scena dall'alto, la schiena di mio padre e io sotto di lui». Piange sommessamente.

T. (sentendosi testimone di una ferita mortificante e cercando di far sentire la sua condivisione): «È un grande dolore, le chiedo perdono per quello che ha subito. Non si è potuta difendere ... lei ha la sensazione che in quella occasione il rapporto sessuale si sia spinto fino alla penetrazione e, per difendersi da questa ferita profonda al Sé, si è divisa, una parte è andata in alto fuori di sé come non stesse succedendo a lei».

Anna: «Sì, secondo me sì, io non lo capivo, ma per quello che ho capito in seguito penso di sì. Ricordo una specie di eccitazione, ma anche quello l'ho capito dopo. Allora avevo solo 9 anni. Ero piccola». Piange.

«Non avevo ancora il ciclo che ho avuto più avanti. Questa scena mi è tornata in mente quando avevo 16 anni. Non so perché. È emersa questa scena dentro di me e io non riesco a capire, però secondo me è tutto vero».

T.: «Certo era proprio una bambina, era difficile capire, capiva ma era troppo doloroso e spaventoso, si può comprendere che abbia provato dei dubbi, che abbia medicato l'impotenza con l'identificazione con suo padre che l'aggrediva e che si eccitava, non poteva fare diversamente, cerchi di assolversi».

Non tollerando la separazione dalle sedute, soprattutto nelle pause sia settimanali che estive, riprenderà le sedute nel mutismo. Stesa immobile sul lettino, faceva sentire la terapeuta una nullità alle prese con dolorosa impotenza e rabbia. La paziente cercava di mantenere una sorta di continuità interna evitando la dissoluzione traumatica del sentimento di sé e della sua identità.

Riteniamo che sia in atto in Anna la difesa della dissociazione, già Freud (1892-95) riteneva la dissociazione come una reazione dinamica al conflitto e Ferenczi (1934, p.101) in dialogo di pensiero con l'ultimo Freud scriveva: «Un forte shock, infatti, equivale all'annientamento della coscienza di sé, della capacità di resistere, di agire e di pensare in difesa del proprio Sé».

«La dissociazione può essere compresa come un *continuum* che va da una sana capacità di stare tra gli spazi di una molteplicità di stati del sé che fluiscono armoniosamente, alla dissociazione come rigida difesa, via di fuga inerente esperienze traumatiche all'interno di relazioni significative. Ciò istituisce uno schema di funzionamento separato nella psiche, non integrato, che si esprime per lo più nell'azione. Nel lavoro con questi pazienti è molto importante l'essere, l'esserci dell'analista e condividere con loro vivide e dolorose oscillazioni di polarità estreme come: “realtà fantasia, verità finzione, impressioni percettive impronte del traumatico in cerca di rappresentazione e trasformazione, in un divenire incessante della vita psichica”»(Bastianini, 2009, 2017).

Trattamento analitico in gruppo

Prenderemo in considerazione ora una seduta di analisi in gruppo alla ripresa dopo la pausa estiva, con lo psicodramma analitico secondo il metodo di G. e P. Lemoine (1972) e della psicoanalisi francese con un contenuto emotivamente traumatico. L'assenza del gruppo durante la pausa viene percepita come un elemento traumatizzante che fa emergere angosce di abbandono: non sentire più la terra sotto i piedi, uno scivolare verso l'impotenza, l'annientamento, la perdita di identità.

Luca prende la parola e con rabbia comunica che ha deciso di lasciare il gruppo, pensa di poter fare da solo e fa presente con senso di trionfo che potrebbe andare all'estero e fare un lungo viaggio. Siamo colpite dal vigore con cui attacca aggressivamente il gruppo terapeutico appena ritrovato. Le emozioni, ancora non pensabili, irrompono e invadono il contenitore. Nel vuoto relazionale e nella mancanza siamo messi alla prova nell'affrontare uno stato di non pensiero e di impotenza. Dal silenzio emerge la voce di Nadia che racconta di aver avuto un incidente con l'auto, proprio mentre stava parlando al cellulare con la madre lontana.

Rita invece associa un sogno, un brutto sogno in cui un professore o un datore di lavoro le mostrava le prove insufficienti per poter continuare il corso di formazione scolastico o lavorativo. Lo collega al senso di impotenza provato dal figlio che non è stato preso dall'allenatore nella squadra di calcio. Era tornato a casa mortificato con lo sguardo

basso e dicendo con tono cupo e irremovibile di non voler più andare agli allenamenti, non ne ha più voglia. A Rita vengono gli occhi lucidi, compare il riconoscimento di un dolore di esclusione. Anche Rita vorrebbe inviare il suo curriculum per cercare lavoro, ma non si decide a farlo. Sono giorni che ha un gran mal di testa e per dormire è ricorsa a un farmaco per il dolore, ma che è anche un leggero antidepressivo.

La terapeuta si avvicina a Luca e lo stimola a dire ancora qualcosa sul suo malessere.

Si porta a giocare Luca: ci sono due operai che lo stanno aiutando ad aggiustare il braccio del portone della sua abitazione, ma questa riparazione non lo soddisfa, lui vuole la perfezione e non sopportando la mediazione li manda via a malo modo, dovranno tornare il giorno dopo. Lo stesso atteggiamento aggressivo lo agisce con una giovane ragazza che dovrebbe aiutarlo nei disegni e che deve subire il suo controllo e possesso in una sorta di inversione di ruolo, in quanto lui ha tanta paura che la donna e la mamma lo riducano dipendente e senza una sua volontà

Nicola ricorda quando, adolescente, andò in un paese lontano per riuscire a staccarsi dai genitori. Non aveva il coraggio di rivelare quello che stava agendo e solo ora si chiede che cosa lo avesse spinto a partire ed andare così lontano. Ricorda di aver soggiornato in un ostello dove dopo qualche settimana si era accorto che un compagno aveva un comportamento strano: rigava le porte ed anche i vetri della finestra disegnando con il dito una croce nera, sembrava un atteggiamento folle, satanico, che lo terrorizzava.

L'odio di Luca verso l'oggetto di cura/madre-assente, risuona in Nicola che accetta di incontrare un aspetto distruttivo satanico che lo aveva portato ad allontanarsi da casa dei genitori.

Luca ricorda che da ragazzino cercava un contatto con la madre depressa che non prestava attenzione ai suoi bisogni e le chiedeva di grattargli la schiena. Viene giocata la scena e Luca sceglierà Rita per fare la madre. Nel gioco la madre pur toccandolo sulla schiena non lo guarda e rimane distante. La frustrazione lo fa disperare ed anche dopo l'inversione dei ruoli in cui Luca nel ruolo della madre appare un pochino più tenera, non sente che il dolore e l'angoscia del vuoto siano alleviati.

Dopo il gioco ricorderà che in quel periodo 12-13 anni, aveva cominciato a non tornare più a casa a girovagare con scarpe sempre più rotte, a non mangiare (rigetto del nutrimento materno) e ad odiare le ragazze, tutte le donne traditrici e abbandoniche.

Le scarpe rotte, danneggiate, sono parte della sua identità che viene danneggiata dal trauma cumulativo (Masud Khan, 1963), giorno dopo giorno, dalla trascuratezza e dall'abbandono.

La dolorosissima dipendenza umilia i bambini e gli adolescenti e li condanna alla solitudine rovinosa, alla devianza adolescenziale.

Il cambio di ruolo consente un rispecchiamento, ma Luca non incontrando lo sguardo della madre non vede il Sé, lo percepisce, ne comprende l'estrema vulnerabilità, ma non lo simbolizza, lo specchio è vuoto e non può formare "la funzione dell'Io" (Lacan,

1949).

Kohut (1977,1984) propone una nuova visione integrativa nell'aver accesso al Sé ferito e alle sue cicatrici, nell'individuare il nucleo centrale del sé con la sua vulnerabilità e imperfezione e nel condividere esperienze di fallimento.

Rita ritornerà al suo sogno che verrà giocato, per la parte del professore sceglierà Luca, Nadia e Nicola saranno i compagni di scuola.

Dal gioco emergerà un doloroso sentimento di vergogna per essere mandata via, e per il fallimento della prova. Il professore dice: «Hai sbagliato non puoi restare». A nulla valgono gli esili tentativi di poter fronteggiare il capo (Super-Io sadico) che le ricorderà un altro sogno in cui si trovava in auto e percorreva la strada contromano, ad un certo punto incontrava il padre, che l'abbracciava e la baciava in bocca. Lei provava disgusto, ma si sentiva confusa. Quando riesce a separarsi si tocca per sentire quanto il suo corpo sia stato danneggiato. Per fortuna non lo è in modo irreparabile.

Da bambina era molto esile e magra, non mangiava e si sentiva brutta. La mamma c'era ma era assorbita dai suoi problemi con il marito che la tradiva. Il padre era molto assente e più volte, quando tornava ubriaco, aveva tentato di abusare della bambina. Rita si sentiva indegna colpevole e annientata dalla vergogna.

La speranza e la fiducia in gruppo si sviluppano con la partecipazione e il coinvolgimento nel processo analitico. La condivisione e la co-costruzione in gruppo possono produrre un nuovo campo, una nuova area di esperienza di possibile mentalizzazione per poter abitare il proprio corpo e “gli attacchi al corpo” e al corpo del gruppo, possono essere pensati come un tentativo di creare un qualche senso di esistere (Carnevali, 2017; Carnevali, Masoni, 2017).

Nella seduta successiva, Nadia parlerà del suo timore di non essere in grado di scegliere, ostacolata dalla fretta e dalla pretesa di perfezione. Assumere un ruolo di responsabilità sul lavoro la spaventa ha paura di sbagliare e di deludere le aspettative. Eppure le dicono che è brava, i genitori le hanno spesso ripetuto che era brava, ma questo ha ottenuto l'effetto opposto, cioè il sentirsi sempre insicura e indecisa nelle scelte. Ne parlava al telefono con il padre, poi con la madre e le ripetevano le stesse cose, anche da bambina. Ricorda che aveva tre, quattro anni quando si svegliava da sola al mattino, il babbo al lavoro, la mamma al piano di sotto al lavoro pure lei.

La piccola Nadia si vestiva da sola poi scendeva e cercava la mamma, la quale arrivava e le diceva che era stata brava ... e con una certa fretta le diceva di fare colazione e poi di andare all'asilo. Luca con un sorriso amaro aveva aggiunto «... sì, come me, quando ero bambino mi stiravo i pantaloni da solo, com'ero bravo!».

Trasformazioni

La psicoanalisi opera perché possano avvenire trasformazioni riguardo le emozioni impensabili conseguenti a traumi terribili. La coppia analitica, e il “campo” (Neri, 2011)

che la sua attività genera, non può più non estendersi al campo-gruppale, Istituzionale e di tutta la realtà Sociale. Occorre riconoscere il valore conoscitivo delle scoperte della psicoanalisi in tema di dolore, terrore, di bisogni umani, di dipendenza necessaria dal mondo esterno, senza perdere una visione critica del carattere immaginario dei nostri strumenti psicoanalitici, continuamente influenzati «dalla nostra concezione dello psichico entro i quadri di una società da cui diventa sempre più difficile prendere le indispensabili distanze critiche e conoscitive» (Petrella 2016). Il lavoro psicoanalitico consiste nella creazione delle condizioni adatte affinché le trasformazioni possano avvenire, facendo attenzione alla relazione tra i diversi livelli intersichici e intrapsichici interpersonali e intrapersonali, tra oggetto e soggetto, in modo che la “brutalità delle cose” (Preta 2015) transiti dalla loro essenzialità dolorosa a consapevolezza trasformative e vitali. L'impotenza, il dolore e la deumanizzazione vissuti nelle relazioni con persone da cui si dipende e che precludono ogni possibilità di attaccamento affettivo e di riconoscimento soggettivo sono impensabili. La “funzione di testimonianza” (Carnevali 2016) tiene viva la speranza di poter cambiare. Riteniamo necessario che nei casi di pazienti traumatizzati si riconosca l'importanza della costruzione di uno spazio abitabile “spazio di testimonianza” (Molinari Negrini 1985). Premessa alla possibilità dell'inizio di una vera relazione analitica, difficilmente percorribile a causa di un vissuto controtransferale che può indurre a essere poco attivi nella situazione di analisi e appannati anche nel pensiero e nella capacità emozionale. Il setting analitico si modifica per diventare un contenitore corrispondente alle necessità della coppia analitica e del gruppo analitico per conoscere l'altro all'interno dell'esperienza analitica, per far avvenire trasformazioni e una sufficiente integrazione grazie alla risposta affettiva dell'analista.

Cinzia Carnevali
Psicoanalista, M.O. SPI-IPA e Membro Didatta SIPsA-Coirag

Silvia Cicchetti
Psicoterapeuta Membro Associato SIPsA

Bibliografia

- André J. (1995), *Aux origines féminines de la sexualité*, Paris, PUF
Aulagnier P. (1994), *La violenza dell'Interpretazione*, Borla, Roma
Bastianini T. (2009, 2017), *Al di qua della simbolizzazione. Come quei frutti che la beccata di un uccello ha fatto maturare troppo in fretta*, in *L'Impronta del Trauma*, Franco Angeli, Milano
Bion W.R. (1959), *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, Armando, Roma
- (1961), *Esperienze nei gruppi*, Armando, Roma
Bonfiglio B. (1997), *Evoluzione del trauma e sua utilità nella clinica*, in «Riv. Di Psic.» 4, 1977
Bruno W. (1993), *L'anoressia mentale tra il sacro e il profano*, in «Riv. di Psicoal.» 39, 2, 1993
Carnevali C., Bruno F. Errani S. (2011), *Il corpo luogo implicito del conflitto*, in *Gruppi per adulti*, CLEUP Padova 2011

- Carnevali C. (2016), *Trauma: terrore e dolore. Importanza del testimone nella relazione analitica in psicoanalisi individuale e in gruppo*, Congresso Internazionale Università di Padova, 3-5 Novembre 2016
- Carnevali C. (2017), *Trasformazioni nell'esperienza analitica a partire dalla relazione mente-corpo*, Convegno SPP «Prendersi cura: Psicoanalisi oggi», Rimini 6 maggio 2017
- Carnevali C. Masoni P. (2018), *Dare un taglio al dolore-dalle difese narcisistiche alle forme creative e riparative nell'adolescenza e nella genitorialità*, CPB, 21 aprile 2018
- Correale A. (2010), *La difficile differenziazione dalla identificazione traumatica. La forza gravitazionale del trauma*, in «Quaderni del Centro Psicoanalitico di Roma»
- Faimberg H. (1993), *A l'écoute du télescope des générations: pertinence psychanalytique du concept*, in Kaes R. et al. (a cura di), *Transmission de la vie psychique entre générations*, Dunod, Paris
- (2006), *Ascoltando tre generazioni. Legami narcisistici e identificazioni alienanti*, Franco Angeli, Milano
- Fairbairn W.R.D.(1952,1954), *Osservazione sulla struttura degli stati isterici*, in *Il piacere e l'oggetto*, Astrolabio Roma, 1992
- Ferenczi S. (1932b), *Confusione delle lingue tra gli adulti e il bambino. Il linguaggio della tenerezza e il linguaggio della passione*, in *Opere*, vol.4, Raffaello Cortina, Milano, 2002
- Gaddini E. (1969), *Sulla imitazione*, in *Scritti*, Raffaello Cortina, Milano, 1989
- Green A. (1994), *Slegare*, Borla, Roma
- Kernberg O. (2008), *Prefazione* in Bucci C., *Il dolore estremo. Il trauma da Freud alla Shoah*, Roma, Borla
- Klein M. (1946), *Note su alcuni meccanismi schizoidi*, in *Scritti*, Bollati Boringhieri, Torino, 1978.
- Kohut H. (1971), *Narcisismo e analisi di Sé*, Bollati Boringhieri, Torino, 1976
- Héritier F. (1978), *La donna nei sistemi di rappresentazione*, in Sullerot E. (a cura di), *Il Fenomeno donna. Anatomia della realtà femminile*, a cura di Sansoni Firenze 1978
- Lacan J. (1949), *Lo stadio dello specchio come formatore della funzione dell'Io*, in *Scritti*, vol 1, Einaudi, Torino, 1974
- Lemoine G.e P. (1972), *Lo psicodramma*, Feltrinelli, Milano, 1973
- Masud Khan (1963), *The privacy of the Self*, Hogart Press, London 1974.
- Molinari Negrini S. (1985), *Funzione di testimonianza e interpretazioni di transfert*, in «Riv. Psicoan.» 3,357-371
- Mucci C. (2014), *Trauma e Perdono*, Raffaello Cortina, Milano
- Neri C. (2011), *Modello di Campo*, in «Atti del Congresso di Psicoanalisi», 2014
- Petrella F. (2016), *L'azione terapeutica in psicoanalisi*, Convegno, Milano 2016
- Preta L. (2015), *La brutalità delle cose*, Mimesis Edizione, Milano
- Racalbutto A. (2004), *L'isteria, dalle origini alla costellazione edipica: il femminile e il conflitto d'alterità*, in «Rivista di psicoanalisi», L, 1
- Winnicott D. (1971), *Gioco e realtà*, Armando, Roma, 1974



In- pressione / Ex- pressione. Il trauma alla luce del gesto

L'Autore pone, propone e impone il proprio linguaggio. In realtà basta che lo ponga, lo stabilisca, lo butti giù in una opera. Questa diventa proposta quando arriva al suo fruitore. Nella sua prima etimologia che è sempre quella gestuale di azione o interazione di corpi proporre vuol dire “porgere a”. Se si raccoglie la proposta questa diventa come una porta su un possibile sentiero, che nel percorrerlo si infittisce, diventa trama, si ripete come tutte le trame e può apparire infine come uno stile, ovvero qualcosa che nel linguaggio apporta il nuovo e il singolare. Esso allora si impone (porre sopra, prescrivere) nel senso che c'è un lavoro da fare tutto del fruitore con l'opera rispetto al quale l'autore può rimanerne fuori con sovrana indifferenza. Ciò vale per l'artista in modo evidente, ma anche per gli autori ai quali si rifa chi esercita le pratiche di cura. Il linguaggio impegna, e qui ci impegniamo con tre di essi, Freud, Jousse e Lacan.

Anche il sintomo psichico può essere inquadrato in questa piccola semplice griglia, con esso avviene qualcosa di analogo, ma anche di profondamente diverso. Non lo si raggiunge se non si tengono insieme questi due piani del linguaggio ovvero di quello del comune e di quello del proprio, ovvero esso è un “corpo a corpo” con il linguaggio stesso in cui il soggetto è impegnato. Non ha a che fare certo con la proprietà di linguaggio, il sintomo è di chiunque, è un linguaggio che implica il corpo. Gran parte dei sintomi contengono tra i numerosi e singolari gesti che lo compongono il proporre e imporre a se stessi prima di tutto. Il sintomo è un gesto che si impone di *default*. Si tratta di decifrarlo secondo una semantica del significante o di scomporlo, seguendo quella dei gesti. Tutta un'analisi non è che questo tentativo di ricomposizione, ma anche la vita è scomposizione e ricomposizione di gesti e sarebbe utile credo fare anche una storia della psicoanalisi ripercorrendo tali movimenti per capire cosa non cambia, cosa cambia e come.

Il discorso chiamato psicoanalisi ha un percorso lungo con molte derivazioni tanto da dover essere oggi chiamato al plurale, ma ha un punto che segna un inizio, ed è il trauma, questo inizio rimane e per certi versi è inalienabile dal discorso stesso.

C'è un senso ristretto ed un senso ampio, c'è il trauma come evento, e il trauma come effetto: la rottura della barriera, l'irruzione di un eccesso, da una parte, e un divenire che costituisce lo stesso psichico dall'altra.

Ripercorro qui il tracciato del Trauma in psicoanalisi da un punto di vista particolare e al centro di interessi divenuti attuali, ovvero quello del gesto. L'attuale interesse per questo argomento è diventato rilevante in diversi contesti, ma scelgo l'impostazione che ne dà Marcel Jousse (1886-1961), antropologo e pedagogo di cui solo attualmente è iniziata una parziale riscoperta¹ e la cui riflessione su questo argomento indirettamente

ben si affianca alle pratiche di cura di derivazione psicoanalitica. Questo autore vede con chiarezza e con anticipo quella che descrive come una malattia del linguaggio, una malattia dei discorsi, dal momento che questi perdono quella relazione con il Reale, che ne costituisce la funzione principe, per scivolare in una autoreferenza che non ha più di mira il suo luogo originario, la vicinanza con il Reale appunto. Il mondo cioè trova fondamento solo nella teoria e non nel mondo stesso, ovvero in quella sfera di interazioni uomo ambiente, tra Reale e Simbolico. La teoria e la pratica oppure il discorso e la clinica sono campi a volte divergenti, il gesto si colloca per la sua natura in un posto privilegiato² per indagare la loro relazione.

Ciò vale per i discorsi sul vivente, come la pedagogia nel caso di Jousse, e sappiamo pure che gli autori della psicoanalisi non si studiano solo sui libri. Si rigiocano, ovvero quei concetti si mettono alla prova. Freud di questo ne fa un fondamento. Il rigioco è il termine con il quale Jousse indica quell'andirivieni tra interno ed esterno, continuo, consapevole solo in parte, fatto di gesti che tra essi si montano. Il modello *fort/da*, se è stato utilizzato come esempio del pensiero rappresentazionale nel suo sviluppo mostra altresì bene quello gestuale, che è lì sempre uguale dalla nascita in poi, e che unisce gesto e parola, lo fa il nipote ma anche il nonno, eseguono le stesse pratiche ambedue mimano il reale ripetutamente, ognuno il proprio, ritmicamente, per “intelleggerlo”³. Non tanto nei “perché”, ma è nel seguire i “così come” che si rintraccia la semantica del gesto, e pure come questi vengono poi cancellati nelle espressioni successive e finali della teoria. Jousse da un punto di vista concettuale appare semplice, ma lo si ritrova poi nella pratica, se è continua, e solo allora “prende corpo”. Qui si fa riferimento alle pratiche in un CSM in generale ed in particolare a quella all'interno di un GPMF⁴. Quello che segue è un frammento di seduta:

La prima impressione è sempre legata ai corpi in movimento.

Nel momento in cui la si vede entrare è sorridente, piena come una luna; Anna è ai primi mesi di gravidanza ma sembra a termine. Ha preso chili in poco tempo e si è gonfiata, il trucco eccessivo di sempre. La seduta di gruppo inizia così e con la notizia che l'amniocentesi ha scongiurato dei timori fondati. Nonostante le altre degenti nel reparto per l'esame l'avessero rassicurata che “non era nulla”, per lei è stato doloroso, eccome! Lo fa capire con una smorfia silenziosa, strabuzza gli occhi umidi e insieme sorride. La madre è seduta al lato opposto del gruppo disposto in cerchio la guarda come al solito con un'aria perplessa. Tra le due il rapporto è simmetrico, lei è la madre che ha fatto tutto da sola, e per questo idealizzata dalla figlia che rivolge spesso a lei lo sguardo quando parla. E così lei, Anna, ha fatto altrettanto: il primo figlio è stato come un dono di riconoscenza alla madre, questo nuovo sarà anche un po' figlio del gruppo al quale in qualche modo lo offre. Ha portato, fin dall'inizio, anche una sua amica, Tania, la cui posizione non si è mai chiarita come soggetto autonomo, piuttosto amica del cuore,

figlia, appendice, eco silenzioso. La notizia di una gravidanza a rischio ha portato quindi altre novità: Tania lascia il gruppo senza dare spiegazioni e aver visto il suo compagno piangere, ovvero vedere l'altro debole, sembra aver prodotto in lei un cambiamento che la sorprende, questo tutto pieno è stato lacerato, come il suo utero. Oggi, per quanto la notizia sia di gran sollievo, la ferita c'è, è attuale, e il tutto è doloroso. Terribile sembra dire. Qualcosa di eccessivo resta nel suo sguardo che rimane di silenzio e di dolore.

La parola "trauma", che Anna porta per come è, la indossa, la mostra nella evidenza di "tutto il corpo", ha questo significato iniziale di ferita, lacerazione, strappo di tessuto, rottura di un continuo. La ferita è apportata ad un oggetto prima pieno, il supposto Uno. Non è un caso che con Lacan essa prenderà tra le tante forme anche la dimensione del taglio come vedremo. È innanzi tutto qualcosa che interessa il corpo fin dall'inizio, non il corpo biologico ma evidentemente un corpo psichico. Segno nel corpo, allo stesso tempo concretezza di una azione. Il precedente pieno, l'unità sferica autosufficiente come quella descritta da Platone nel Simposio, all'origine del sessuale, o meglio alla origine di una ricerca desiderante che fa seguito al sessuale come azione di taglio, è perduto. L'azione inizialmente è supposta subito. Torneremo sul Simposio.

Non c'è una risposta immediata da parte del gruppo al discorso di Anna, le risonanze del gruppo verranno dopo, viene allora interpellato Bruno. Per mesi lui e la famiglia sono rimasti in silenzio, non una parola spontanea, un'intera famiglia che sembra non averne, inibita nel parlare sia nel gruppo che singolarmente. Forse c'è un parlare familiare che non esce dalle mura di casa, difficile saperlo, e allora tutto nasce dal gesto di Bruno: si sono gettate su di lui madre e sorella a fermarlo quando si è precipitato come può fare un gatto che vede un'ombra, verso il balcone. Un fulmine a ciel sereno senza nessun motivo, nessun sintomo precedente che viene rapidamente attribuito allo stress lavorativo. Oggi il discorso cambia nella affermazione: «C'è un rumore che disturba», un rumore che gli impedisce di concentrarsi e quindi di fare qualsiasi lavoro. Si prova a chiedere di più, riporta a fatti comuni, le voci dei vicini, i rumori per la strada, le cicale o il ventaglio che qualcuno sventola. Il rumore è dappertutto, continuo, insopportabile, non c'è più vita.

La formula lacaniana con la quale nella maniera più sintetica si esprimono la genesi e la struttura della psicosi, come è noto è la seguente: «ciò (Un Significante) che è forcluso appare nel Reale». Questa formula ne traduce una precedente che è di Freud a lungo pensata (rigiocata) da questi e riproposta per la paranoia, «ciò che è rigettato appare nell'esterno»⁵. Sia in Freud e ancora di più in Lacan le espressioni di questo genere sono frequenti. Riassumono una pratica, si propongono per essere usate. La formula lacaniana può essere considerata un gesto proposizionale di Jousse? Questa è un'interazione dell'ambiente che, colta, viene rigiocata ovvero espressa, riprovata. Ha una struttura semplice e complessa allo stesso tempo, un Agente che Agisce un Agito, una unità trifasica e aperta, in quanto rinvia ad altra, proprio come un significante. Non

è possibile descrivere qui i passaggi per i quali un semplice gesto diviene una formula, né ciò che lo distingue dal significante⁶, diciamo che questo è una sintesi massima, che funziona nella misura del suo irradiare⁷ altro termine *jousiano* ovvero per come questo possa in tal caso essere uno “strumento” da usare in un campo vasto, nel suo rigioco, quindi nel suo “farsi gesto”. E questa formula sicuramente può esserlo al di là del successo anche fuori dell'ambito lacaniano, e straordinariamente anche nella psichiatria dove poco altro è entrato del lacanismo. Al contrario non lo è un gesto dal momento in cui la stessa formula non è rigiocata, ovvero perde il suo contatto con il reale, diventando essa stessa il riferimento.

Tale notorietà è legata al termine forclusione ed al tipo di significante in questione. In realtà, il termine forclusione risente molto di una psicoanalisi dell'epoca e anche della psichiatria legate alla classificazione dei meccanismi di difesa ed in quanto tale oggi non ha un grande valore di uso. I termini che vengono ripetuti nel *Seminario III*, in quel periodo rigiocati e che invece con il tempo si sono imposti, sono gli altri due il Significante ed il Reale, entrambi costanti di tutto l'insegnamento di Lacan. Questo punto è quindi l'inizio del loro rigioco che continua tutt'oggi.

L'introduzione del significante nella psicoanalisi è una vera rivoluzione, se pensiamo che con esso prende avvio un movimento di critica e distanziamento dalla ricerca del significato, quella illusione che è alla base di ogni psicologia e in parte anche della psicoanalisi stessa di riparare in significati stabili, si entra così in un divenire, una danza senza fine. Il gesto accentua e forse precisa questo momento. Se il significante lavora per catene, ovvero uno per volta, il successivo cancella il precedente, i gesti si legano per montaggio, affiancamento, risonanza.

Non si capisce nulla di ciò che dice il paziente psicotico, ma anche dei discorsi in analisi, insiste Lacan in quel periodo, sfidando la comprensione fenomenologica da una parte e una certa psicoanalisi dall'altra, se non si mettono la struttura linguistica e il significante al centro, se non lo si prende sul serio precisamente. Ma cosa vuol dire prendere sul serio il significante? Questa insistenza nel presentare la psicosi in questo modo ha uno scopo che ripete un gesto freudiano. In essa possiamo osservare diciamo dall'esterno in forma pura qualcosa che riguarda tutti e nel modo più chiaro insomma un universale. Si tratta di osservare un soggetto alle prese con il “suo” reale, ed è questo che rimarrà una costante nel suo insegnamento anche se declinato in altri modi. C'è, nel caso della psicosi descritta, una rappresentazione del “trauma del linguaggio”⁸ nel momento del suo impatto, ciò che riguarda tutti seppure in maniera singolare, anzi una ulteriore singolarità si produce proprio in questo impatto. Nel caso della psicosi la strada non è quella che porta alla più comune “rimozione” e alla formazione del romanzo del nevrotico, ma proprio questo sbarramento porta al destinale incontro con il significante divenuto reale, ovvero non simbolico e non simbolizzabile. Il tipico caso è l'allucinazione, la voce che dice qualcosa che riguarda il soggetto, significante senza

rinvio. Nella psicosi al suo esordio c'è l'incontro scontro con l'elemento che Lacan chiama il "Nome del Padre", in quanto mancante, e quindi precedente a qualsiasi adattamento, conciliazione, uso e in qualche modo non risolvibile. L'Altro si presenta e il suo biglietto da visita è incomprensibile o forse bianco. Il luogo dell'Altro rimane escluso, e con esso la possibilità di parteciparvi come soggetti. La soluzione del tutto non adattativa è un rimaneggiamento di tutta la rete simbolica dove tale rapporto non può aver luogo ovvero il delirio.

La clinica ha mostrato poi che molte sono le cose che possono essere inaccessibili, non solo la normatività del linguaggio. In questo caso ciò che rende impossibile l'accesso al foro (*excluso a foro*) è il rumore, non il discreto, ma il continuo, dunque. L'altro versante della stessa montagna: in ogni caso è impedito l'accesso e quel tipo di relazione con l'Altro.

Ma se l'Altro lacaniano è il luogo del simbolico, di cui il Significante è il mattone e il rappresentante allo stesso tempo, esso è anche "montato" sulle precedenti alterità, se posso usare questo termine, ad iniziare dal Corpo Materno o se vogliamo del Soccorritore. Ci si dimentica spesso di questo. Il motivo è che la visione di Lacan è un tentativo di riabilitare il padre in una psicoanalisi che lo stava cancellando. Ciò che tradizionalmente è distinto in queste due sfere del materno e del paterno, perde evidentemente la sua netta distinzione se si pensa al montaggio dei gesti.

Ma serve come strumento di cura il gesto della esclusione dal foro? anche solo pensato questo si traduce inevitabilmente in gesti, mentre servono gesti di inclusione. Il significante come tale, ovvero quello che appare nella psicosi come il Reale, sembra essere il gesto di un linguaggio oramai del tutto de-soggettivato, lettera morta. Insomma sostenere come si fa di regola che il gesto è un significante vuol dire affermare una verità di fatto ma si trascura così il contrario, la natura gestuale del significante. Le due strade, prese sul serio, portano a campi e pratiche a volte differenti. Se la diagnosi strutturale ci dice una "esclusione dal Foro" senza ritorno questi gruppi di PMF e pratiche affini scommettono sugli effetti (performativi) di un'inclusività che in virtù di ciò viene in qualche modo agita.

Carla prende allora la parola partendo proprio dal rumore. Anche lei per un periodo non li sopportava, sono stati dei rumori fastidiosi, dice, ma quali? «Erano quelli dei vicini che scopavano». Carla ha sempre fatto dei discorsi di grande lucidità e profondità, di un sentire che lascia sorpresi, tocca le cose. Ma dal suo dire rimane fuori qualcosa di essenziale. Da alcuni giorni è cambiata, alcuni operatori e la madre affermano che sta peggiorando ma i suoi discorsi parlano di sé, come quello di oggi nel quale racconta in maniera asciutta ed espressiva il suo incontro con il sesso nella forma di un abuso. Un ragazzo più grande di lei, all'epoca appena adolescente, l'avvicina per un approccio sessuale, lei lascia fare, non sa quello che sta accadendo. La sua faccia ha una espressione

che va intensificando le emozioni, il racconto continua, si toccano, le mette il suo sesso sulla mano, lei non sa cosa fare, non sa cosa è quello che sta avvenendo. Sente solo un senso di schifo. La faccia ora è come di fronte all' orrore. La parola "schifo" è in riferimento al rapporto sessuale ed all'incontro con l'organo eretto di lui, riecheggia nella sala mentre lei si guarda fissa il palmo della mano aperto. Il modo con cui racconta il fatto ha un che di teatrale ovvero di una intensità legata alla espressione di tutto il corpo e produce un effetto sugli uditori.

La concezione freudiana del trauma è quella sessuale o "del sessuale" che ispira gran parte della sua opera, punto contestatogli ed irrinunciabile. Le direttrici della sua riflessione sono quelle che vanno inizialmente verso la ricerca della verità storica del fatto di abuso, il trauma sessuale appunto. Si tratta di una scena di seduzione di un adulto per un soggetto non pronto a gestire le proprie e le altrui pulsioni. Successivamente il trauma perde in parte questi connotati per essere l'impatto con una sessualità per una mente che non può ancora contenerne le implicazioni, è il trauma del sessuale, in quanto tale universale, la seduzione generalizzata⁹. Una temporalità lo caratterizza, esprime oggi qualcosa che appartiene anche ad un primo tempo remoto sommando (montando) i due momenti. L'eccesso è nella propria pulsionalità ma anche in ciò che non può essere capito dell'altro, perché forse ignoto anche all' adulto. L'altro porta un enigma che si struttura intorno ad un proprio nucleo di Reale. Qualcosa tra le generazioni si trasmette anche in questo modo e la pulsione e il desiderio sono dunque alienati *ab origine*.

Cosa fa una mente che incontra ciò che non può contenere? Il modello tradizionale usa il termine contenimento o anche elaborazione. Elaborazione ancor più metabolizzazione richiama un processo, come di digestione, nella cura un'altra mente si fa carico di una digestione che l'apparato-mente non ha potuto fare. La metafora non dice poi tanto su cosa accade veramente in questo modello se ci pensiamo. Lo psicosessuale che è ciò di cui si occupa la psicoanalisi ha a che fare con questo venire toccati e toccare ma che è continuo e trasformativo. Il reale è lì dentro annidato.

Nelle pratiche di cura è opportuno lasciare spazio alla sorpresa. Ci interrogavamo come conduttori su ciò che costituisce il trauma, ed ecco che questi tre ragazzi lo riportano, in maniera inedita per ciascuno, alla sua espressione. Cosa vuol dire? Che lo dicono? Più o meno consapevolmente, arrivano a mostrare o a dire o a intravedere il proprio trauma? Sì, ma dal punto di vista del gesto le cose sono un po' diverse. Non si tratta di una linearità che come tale arriva ad uno sbocco, alla sua espressione, come una certa sistemazione induce a pensare, il preverbale, il prelogico, il primario, si tratta piuttosto di una perpetua circolarità che si espande secondo un tempo e quindi un ritmo. Questo ritmo ha le sue radici profonde nel corpo, come il gioco del *fort-da* mostra nella relazione

dinamica corpo ambiente, e Jousse semplifica:

«(Il bambino) di fronte al mondo mima il mondo, più precisamente, essi ricevono in se stessi [...] le azioni occorse fuori di loro, ed essi le rigiocano. Ed è questa l'espressione umana.

L'umano ha la straordinaria propensione a esternalizzare, gettare ciò che ha ricevuto [...] ciò che è stato impresso in lui, lo vuole esprimere.

C'è una urgenza nel bambino di rigiocare fuori quello che l'ambiente confusamente gli ha dato»¹⁰.

L'oggetto di Jousse è l'uomo spontaneo, il bambino, il contadino e, aggiungo, colui che è portatore di un'urgenza. Se dovessi dire quale gesto, quale azione caratterizzi il lavoro nei CSM, in cosa consista “la gestione” dell'oggetto di cura, in primo luogo direi proprio la raccolta di questa urgenza, che è una urgenza espressiva, che sia o no nella forma di domanda all'Altro, e a volte diviene l'unico luogo dove questa espressione può trovare il suo rigioco. La sorpresa spesso è ciò che si ricava, un “super-prendere” o “prendere superlativo”.

La clinica a volte è faticosa e a volte sorprende, deve farlo. Il materiale in sé infinito si addensa in significanti, o gesti, che in sintesi non sono che unità discrete di rinvio, cioè più o meno potentemente hanno la funzione di fare unità e rilanciare, sono elementi che portano in se numerose cose del passato, ovvero della memoria, anche nella forma della ripetizione, e producono spazi di significazione di differente ampiezza nel loro rigioco. Il trauma da questo punto di vista va ben oltre l'evento e può irradiare una vita intera. Tutto ciò lo troviamo in Freud. Basta leggere l'incipit del testo *Un bambino viene picchiato* (1919). In poche righe è descritta la formazione del fantasma, la chiave di volta, che ha la forma della stessa proposizione del titolo: «Si rimane sorpresi nell'osservare con quanta frequenza i soggetti che si sottopongono al trattamento analitico - ...- ammettano di essersi lasciati andare ad una fantasia: “un bambino viene picchiato”».

Questo indicibile del trauma che come tale si è conservato come gesto inconsapevole, questo grumo pulsionale, nel nuovo contesto ambientale di cura può essere espresso, cioè prende una forma, come una pianta che riprende in un posto più favorevole, il gioco del mondo diviene rigioco. È evidentemente l'espressione di un gesto, quello che Jousse chiama il gesto proposizionale. La forma linguistica che traduce un gesto che come tale lo precede dal fuori, come una interazione colta dall' ambiente, in Jousse è quella descritta come tripartita: «Un evento è l'apice di interazioni... essendo ogni interazione una variazione della formula basica universale, un agente che agisce un agito»¹¹.

Come dicevamo anche Freud, quando deve sintetizzare al massimo, usa gesti proposizionali come i suoi pazienti chiamati a comprendere l'essenza di una interazione

del proprio mondo-ambiente.

I soggetti in cura con Freud rispondono alla richiesta di pensare questo impensato, in parte mimano l'azione del medico, lo seguono nel suo procedimento di un soggetto di fronte al suo reale. Il gesto è qui una sintesi dalla parte di chi lo rigioca. Sia analista che paziente rispetto all' insopportabile del reale producono un'azione che vediamo spesso compiersi anche in Freud, si produce una spartizione, come fa il contadino che deve portare pesi ai limiti della capacità, deve bilanciarli. E in questo caso come si divide questo peso? Si dispongono i diversi soggetti dentro una stessa azione, un procedimento molto comune in Freud, per arrivare al nucleo dei fenomeni psicopatologici. Cambiamento di soggetto, di oggetto, inversione dell'azione etc., si spartisce per poter portare, sopportare: gesto o logica? Nel caso del trauma qui descritto si riferisce a “cosa è mio cosa è suo”, quale la mia posizione quale la sua, lì dove spesso non c'è possibile risposta, in quanto la risposta alla propria sessualità proviene da un Altro a sua volta ugualmente sovraesposto e in modo singolare. Ognuno è esposto al suo reale, vi gira intorno, così Freud tanto i suoi analizzanti, ma tutti giocano e si scambiano incessantemente i gesti che giocano. «Che importa sapere chi è?», rispondono i pazienti a Freud indicando qual è per loro la strada da seguire. Il pensiero causalistico gli è estraneo, il dispositivo analitico permette l'espressione del rigioco, che è tutt'uno con la “presa di coscienza”. Non si tratta del distinguo inconscio-coscienza, si tratta piuttosto del “divenire” coscienti.

In alcuni casi si accompagna una violenza che va gestita. A volte a fianco dei meccanismi di difesa classici ci sono infinite forme o espressioni di modi di cancellazione e rigetto che provengono dalle storie stesse, spesso storie che attraversano più generazioni, insieme ad una quota di violenza insita in quell'azione: seppellire, nascondere, voltarsi dall' altra parte, cementificare, mentire possono cioè agire come difese al pari di spostamento, proiezione, identificazione proiettiva. Tutte agiscono per mantenere lo status quo.

La quota di violenza insita nelle tre figure di trauma sopra riportate può essere espressa perché ridotta nella intensità da una risonanza di gesti non proprio diretti a questo fine ma che il gruppo ha scambiato e che stemperano la violenza in quanto portano qualcosa di opposto. Chi pratica questi gruppi usa il termine ripreso da José Badaracco di “*vivencia*”, l'esperienza nel momento che ci forma, che assume una forma. «*Je suis le montage des mon geste*», questa frase ripetuta da Jousse è forse la sintesi del suo lavoro. Unisce “l'io sono” al momento dinamico di una presa di coscienza e di un tutto implicato in quel montaggio, nel momento del suo farsi. È una frase circolare: è a partire da un gesto che si produce un montaggio che porta ad un “io sono”. Una conoscenza che parte dal corpo, si tratta del mettere insieme, di accostamenti, del montaggio, come in una battuta a tennis il movimento del polso si monta su quello del gomito, diventa

propria, ma anche il senso ultimo della frase “nani sulle spalle di giganti” ripresa dalla tradizione filosofica e riportata nella psicoanalisi¹².

La questione del gesto diviene centrale in queste pratiche, ciò che nella psicoanalisi è stato rubricato come elaborazione va visto nel suo funzionamento particolare. Si tratta di grumi indistinti che ad un certo punto si parcellizzano dividendosi, spartendosi dinamicamente in forma di gesti montati tra di loro, si tratta di smontarli, cioè vederli uno ad uno. Non conta l'interpretazione, a volte essa ostacola il procedere imponendosi come sapere preconstituito ovvero andando nella direzione del traumatico. Non si tratta di arrivare ad un fine, la ricomposizione della storia o della verità, conta di più il movimento di ciò che agisce, il diventare espressione.

In un panorama che potrebbe essere sconcertante, opprimente, o di angoscia, data la gravità di alcune patologie, lo sguardo viene mantenuto sul vivente. Del resto vita e violenza condividono una stessa radice. L'etimologia è anche la storia dei gesti e bisogna arrivare alla gestualità della parola per trovare l'energia in essa contenuta. Ci vuole quindi un gesto capace di contemplarle entrambe queste due parole per separarle.

Oggi per “trauma” si fa riferimento maggiormente ad un evento che per la sua comparsa improvvisa o per la sua intensità supera le capacità del soggetto di farne fronte e che produce una sequela di sintomi legati all'evento, si sogna, si pensa, ci si riferisce ad esso come fonte di ansia continua. I cosiddetti disturbi posttraumatici disegnano una popolazione omogenea. Eppure la gran parte delle persone che afferiscono ad un CSM non fanno altro che portare il “loro trauma”, singolarissimo, ma anche come dicevamo riportabile ad alcune aree evidenziate dalla tradizione psicoanalitica come il trauma della nascita. Originario o narrazione?

Ad un paziente che ad una prima visita raccontava un suo sogno ricorrente di attraversamento di un canale con la luce in alto e il senso di un angoscioso soffocamento gli chiesi alcune notizie della sua nascita, rimase sorpreso perché non ricordava mai ne aveva mai fatto cenno del suo gemello nato morto e definito “palla di carne”. I successivi pochi incontri si focalizzarono sulla competitività che dominava la sua storia e su quel significante. Insomma la pratica di un servizio pubblico, come mostrò a suo tempo bene Winnicott¹³, permette per molti una prima espressione, riattivare il rigioco.

«Il gioco è ciò che c'è di reale fuori di noi, che impone se stesso in noi, si imprime in noi, e ci carica (di energia) per esprimerlo, rigiocarlo, proprio come esso è stato impresso. Sotto la pressione marchiante (sigillante) di ciò che è il Reale, un bambino viene impresso, come soffice fluida cera, e lui esprimerà nel rigioco ciò che ha ricevuto»¹⁴:

L'uso che fa Jousse del termine Reale è decisivo e nell'essenza sovrapponibile a quello lacaniano, con delle differenze che vanno ricordate: nel secondo assume coloriture diverse a seconda di dove è collocato, c'è un reale diciamo oggettivo, quello della scienza, ed uno dell'esperienza soggettiva, uno che risponde al primato del significante,

ciò che rimane fuori dalla simbolizzazione, ed un altro posto al suo limite, lì dove il simbolico si arresta; in Jousse è uno solo e si trova all'interno di una costruzione che tenta di esprimere nel modo più semplice, ma a lungo pensato (rigiocato), una legge universale che non prevede ipostasi. Il Reale è lì, ciò che c'è da affrontare riferito alla vita di ciascuno, lo chiama *Cosmos*, che non è il mondo, ma piuttosto l'ambiente che può essere sia naturale che ancor più culturale e dinamico, ovvero le interazioni che lo compongono “il gioco”, il loro emergere e la necessità di esprimerle, il rigioco, che vanno a costituire la memoria e il sapere del corpo. In un'intervista ad un alpinista famoso gli si fece la domanda consueta, ovvero sul perché fare la fatica di andare su per quelle montagne, e la risposta fu secca: «Perché stanno lì». Nel senso che essendo cresciuto sulle Alpi e vedendole lì davanti ne subiva il richiamo muto fatto della presenza quotidiana, ma anche di un ambiente che forma e che pertanto lo si deve rigiocare con quello che siamo, con il corpo e con i gesti che ci portiamo e che costituiscono questi ultimi i mattoni della memoria, mattoni speciali, in quanto unità dinamiche, unità nella misura del loro rinvio, tanto più unità quanto ampio è il loro irradiare. Ciò che una vecchia antinomia ha sistematizzato in pre-verbale, prelogico, primario come contrapposto al verbale, impedisce di vedere cosa “anima” entrambi e come ciò accade. Questi in estrema sintesi sono il gesto ed il reale *joussiani*. Affermare l'identità o la differenza tra gesto e significante ha pienamente senso se si va a vedere cosa producono la prima o la seconda impostazione¹⁵, in questo consiste il prendere sul serio, un porre al centro in una esperienza pratica. Il rigioco può avvenire solo permanendo presso il Reale e per Jousse questo rapporto è mancato a causa dell'oblio del gesto.

«Cosa è che cura?» è una domanda che costantemente riemerge e deve restare anche se le risposte sono sempre parziali. Dicevamo di come si è andato riducendo il ruolo della interpretazione nella considerazione di quale gesto essa possa portare, in particolare intorno al sapere. Badaracco afferma che certe messe a confronto permettono il liberarsi di energie, prima intrappolate nello scioglimento delle identificazioni patogene incrociate all'interno delle famiglie, e capire il ruolo di fondo che hanno su questa operazione la *Vivencia* o il clima. Ma le identificazioni di cosa sono fatte?

Jousse non si occupa di cura, ma della conoscenza del reale e ripete che la creatività è un accostamento inedito di gesti: «Le scoperte consistono nel porre insieme gesti che possono essere uniti ma che non sono stati uniti prima»¹⁶. Allora il gesto è qualcosa dunque che per questa vicinanza al reale appartiene alla scienza ed alla cura. I gesti si legano di continuo, in se possono essere afinalistici, è il loro montaggio ciò che produce la creazione del nuovo.

Il trauma conserva in maniera indecibile la dialettica freudiana tra evento reale e costruzione posteriore, in questo senso ha una progressione retrograda, un procedere

indietro che tende alle origini. Il trauma della nascita, una costellazione clinica individuabile di cui è stato citato un fotogramma ne è il prototipo. Si diceva che ogni trauma ne conserva qualcosa, un movimento interno. Rispetto a ciò gli altri traumi, l'impatto con il linguaggio e il sessuale, o i due insieme che rappresentano il Trauma dell'Altro, ne

Torniamo a Platone ed al *Simposio*. I gesti di questo dialogo irradiano fino ai giorni nostri. Il taglio, ripreso da Lacan nel *Seminario VIII*, è già tutto lì, così il transfert, l'amore di transfert e l'amore come ricerca. Ma se si pensa al taglio del *Simposio* tutti guardano giustamente al mito dell'androgino, la sfera tagliata in due dove ciascuna parte cerca il ricongiungimento con l'altra perduta. Questo mito si adatta perfettamente alla forma di un certo soggetto descritto dalla psicoanalisi che va sotto il nome di “soggetto del desiderio”. Ciò che è tagliato è l'unità ma anche la consistenza del corpo, ovvero la castrazione, desiderio e taglio sono indispensabili l'uno all'altro, la stessa cosa, il taglio come castrazione ha a che fare con la legge e quindi con il simbolico, il linguaggio che incide sul corpo. Quando si parla del *Simposio* in genere si fa riferimento a questo mito. La psicoanalisi dopo Freud ha di mira anche una mancanza differente, non tra “pari” ma verticale, ovvero la base di dipendenza strutturale da un altro per la sussistenza psico-fisica che caratterizza l'inizio della esistenza umana. L'Etica del disaiuto, subordinata alla funzione dell'intendersi, che affiancava superandola, l'istanza morale del Super-io, si è troppo spesso consumata nella retorica della mancanza o peggio nel moralismo della incompletezza¹⁷. Per i filosofi storicamente il discorso principale è quello di Socrate/Diotima, ovvero il procedimento a salire della conoscenza che preannuncia i due millenni successivi di storia del pensiero. Eros è anche conoscenza, conoscenza qui per gradi e livelli che implicano classicamente l'estetica, la logica e l'etica ma in prospettiva di elevazione verso l'inattuabile Sommo Bene, anticipando così il procedimento neoplatonico, che perviene tramite il medioevo più o meno nascostamente fino a noi, e seme di molti rinascimenti. Non esclude il corpo, al contrario di quanto un'esegesi successiva ha riportato, si tratta di una scala che ripete lo stesso movimento dai molti all'uno, e il corpo, insieme al bello ed al sensibile, vi figura come strumento e punto di partenza. Che questo corpo sia poi da superare, un certo tipo di corpo, non vuol dire che non vi figurati. Del resto anche quello dello specchio lacaniano per intenderci, cioè il corpo immaginario e idealizzato, va ridotto nel percorso di cura, e proprio nelle sue fasi iniziali.

Ma nel dialogo su Eros, vi è un passaggio, forse meno citato dei primi due, al quale Lacan dedica molto spazio nel seminario sul transfert. Anche qui si assiste ad una divisione che, senza considerare una azione analoga che si ritrova un po' ovunque nel dialogo ovvero il “mettersi tra”, consiste in un secondo taglio. Proprio nel momento in

cui in un procedere ordinato si arriva ad un culmine che coincide con il Bene, il valore da raggiungere in un percorso, allora, con un colpo di teatro che non segue solo il ritmo da commedia, accade l'evento caotico dell'irrompere. Non è un taglio di corpi questo, ma è il taglio del discorso, del simbolico e dello stesso dialogo che da quel punto prende letteralmente un altro verso.

Si tratta come è noto dell'ingresso di Alcibiade e della sua banda di scalmanati. È chiaramente in rapporto a ciò che lo precede ovvero la meta raggiunta del percorso di ascesa. Sarebbe troppo facile affermare con questo che la sommità del percorso è impossibile da trattenere, l'intero del vero e meno ancora del Sommo Bene, e che tale punto è prossimo al caos, si rovescia nel contrario. Gli stessi Greci sapevano bene che tale discorso era inseparabile dalla vita dei singoli e il dialogo lo dice. Quello che deve colpire un clinico di oggi è che non è altrimenti facile mettere insieme questi due versanti del godimento, quello mistico e quello del godimento *tout court*, in questo caso un desiderio che si sfinisce nella ubriachezza. Due opposti qui affiancati, possiamo anche chiamarli il godimento dell'Uno e la Deriva, termine quanto mai attinente in questo caso, o pulsione di morte. Impossibile non pensare a due eccezioni dell'umano, l'estasi di cui parla il filosofo dell'Uno, questo indicibile che mantiene aperto l'oggetto da qualsiasi determinazione, e ciò che si manifesta nello stato psicotico in particolare al suo esordio, questi stati limite sono così distanti eppure prossimi. Non aggiunge molto, mi sembra riconoscere qui una coincidenza degli opposti, piuttosto prendiamolo per quello che è, un'irruzione. Che cosa è un'irruzione? Non un taglio ma una spaccatura dovuta ad un'esplosione anche energetica. Questa esplosione è preceduta dal termine del discorso di Socrate, come un vuoto, una pausa dalla quale si produce un *due*, il procedere di Socrate da una parte e quello alquanto dionisiaco di Alcibiade dall'altra.

Qui ci potrebbe essere un aspetto del trauma che non ha a che fare con l'impotente ed il suo limite, o meglio non dal lato antropologico del bambino. C'è un eccesso che la mente non contiene, è possibile parlare di un trauma dell'Uno, ammesso che l'Uno possa fare trauma¹⁸. Vediamo di spiegare meglio.

Eros è figlio di Penia, di povertà ed espediente, non ha un grande *pedigree* si direbbe, questo va ricordato. Non è solo commedia mettere subito dopo il sommo Bene questo parapiglia, sono in una contiguità, la stessa cosa da due punti diversi. Il primo è il raggiungimento dell'Uno da parte del filosofo, non di Socrate stesso ma del discorso che racconta. Il filosofo regge in virtù del suo desiderio, la *filia* per la Sapienza, a questo momento, e non a tutti capita di farlo, si può non accedervi. Alcibiade da canto suo vuole ciò che Socrate ha con il suo corpo manifestato ancor prima che con i discorsi, corpo non bello ma che nasconde un oggetto prezioso fonte per Alcibiade del suo desiderio di possesso. Quindi è nel corpo ma non del corpo.

Lacan, le *maître absolu*, individua l'agalma come oggetto del desiderio. La statuette del dio racchiusa nella terracotta di satiro, l'oggetto prezioso, ciò che produce il desiderio, lo

rilancia, ma anche impedisce ad Alcibiade di raggiungere il “far proprio”, l'oggetto desiderato, mancandolo. Così lo stesso Alcibiade diventa il simbolo del soggetto nel transfert. Tuttavia il discorso di Alcibiade lo manifesta, e tenta di circoscriverlo, e ragiona sul corpo di Socrate, cercando nel tratto più enigmatico, non l'involucro, e forse ancor più degli agalmata, è un tratto, che è “globale”, tanto del corpo ma anche dei discorsi, nascosto in entrambi, e che si manifesta nella fissità. Se di tutti gli uomini si può ravvisare una “sommiglianza”, di tizio con caio, questo non si può dire di Socrate, lui è unico. Questa unicità Alcibiade cerca e l'esempio è quello di un corpo che mentre pensa acquisisce una postura di una immobilità totale, una specie di imperturbabile trance, un corpo del tutto auto centrato. Il gesto assoluto verrebbe da dire, in quanto gesto e non gesto.

Forse Lacan, nel suo riferirsi al Simposio per la spiegazione del transfert sceglie l'idolo intendendo in questo similmente a Freud il transfert come artificio, e la nevrosi di transfert una nevrosi artificiale indispensabile alla cura. Qualcuno come Winnicott potrebbe obiettare, “e l'autenticità?”. Una vecchia questione irrisolta¹⁹. Quello stesso Uno l'inattuabile, indeterminabile uno, fa trauma per la sua non accessibilità, o meglio nella differente accessibilità. Per il filosofo il procedimento di rinvio conduce nei pressi di questa sommità ai piedi della quale si riposa, per Alcibiade la fatica non ha sosta, la povertà di Eros non è in grado di colmare la mancanza, in altri termini anche qui è l'uno nella sua lontananza-inaccessibilità, ma non la sua assenza a determinare la situazione, che eros sia figlio di Penia ed Espediente mostra qui un ulteriore evidenza. Il desiderio di Alcibiade si fa isterico e spropositato.

Come appare evidente, nell'opera di Lacan, la questione dell'Uno è già dall'inizio. Gli uno sono ovunque, a partire dal significante, sono la serie, e poi il tratto unario, l'eccezione, l'oggetto a e molti altri ma sul finire del suo insegnamento c'è un altro tipo di uno, nella formula “c'è dell'Uno”.

Potrebbe sembrare in contraddizione tanto che oggi si parla comunemente di un primo e di un secondo Lacan, rispettivamente quello del primato del significante e quello ultimo del godimento. C'è dell'Uno, c'è ne è un po' di questo Uno, c'è una partecipazione, ma questa, dicevano, c'è sempre stata in tutto il percorso di Lacan, ma forse qui cambia statuto, diviene assoluto e non partecipa, nella forma del godimento.

Il riferimento è principalmente il Platone del Parmenide e la logica dell'Uno. L'Uno plotiniano distante sei secoli dal primo, porta diciamo a compimento e sintesi quella immensa riflessione, insieme ad altre influenze, forse extra greche e orientali, li prevede entrambi in una unità, l'Uno è il paradosso di un unità tale da escludere qualsiasi determinazione, ma anche emanazione o processione. Più che autistico, più che l'Uno tutto solo è l'Uno “da solo a solo”, quindi paradossalmente il semplice, lo sciolto dalla relazione quanto fonte di relazione, il senza piega, l'indeterminato, (quasi) inaccessibile Uno, ma anche matrice di ogni relazionalità. Non la logica, piuttosto la sua negazione,

oggi chiameremo l'esperienza, è la precondizione, una certa esperienza dell'Uno, precondizione non per la sua comprensione ma per una ulteriore esperienza.

Se il significante è l'uno del simbolico, ovvero la parte che in certe situazioni rappresenta tutto il simbolico, uno per tutto, e più comunemente è quell'unità discreta di rinvio che produce la catena, il gesto è l'uno del corpo parlante, in quanto unità e rinvio, puro rinvio, espressione del “tra” come lo è il significante. Ma non di un linguaggio, inteso come linguaggio grammaticale, non è della lingua articolata, non solo di questa, ma di quell'andirivieni di tutto l'uomo nel suo ambiente, l'elemento di questa relazione fondamentale che Jousse indica con l'espressione anche questa sua, di “Corporaggio”.

Abbiamo percorso quindi di sorvolo diversi “traumi”: Lo Storico, supposto o accaduto ad un certo momento, l'Originario del tempo remoto, fondante uno psichismo attraverso la formazione del fantasma o di un mondo, di cui fanno parte il trauma del sessuale e del linguaggio che tendono a sovrapporsi, in quanto appartenenti entrambi al trauma dell'Altro, ne portano i segni singolarissimi di quell'impatto, con la narrazione infinita che tenta di circoscriverlo. Questa temporalità retroattiva può arrivare al trauma della nascita, dove è più forte l'indecidibile distinguo tra narrazione e memoria. Diverso sarebbe il trauma dell'Uno anzi ne è il rovescio, luogo dei paradossi, evidenza nascosta, ravvisabile solo per le difese messe in atto, difese alle quali l'Altro fornisce lo stesso materiale. Ma se è il rovescio del traumatico e ad esso si rapporta, il clinico dovrebbe chiedersi se non contenga anche un potenziale terapeutico, precisamente in quanto evento che “genera”, come in questo caso, i discorsi.

Luca Iacovino

Medico psichiatra e psicoanalista, Dirigente Psichiatra a tempo pieno CSM ASL Roma 2. Partecipa alla conduzione dei Gruppi di psicoanalisi Multifamiliari. Socio fondatore e membro dell'Istituto di Studi Avanzati in Psicoanalisi sezione italiana *dell'Istitute des Hautes Etudes en Psychanalyse*. Collabora con IRPA, Jonas e Istituto Freudiano. Membro della redazione di EJP (*European Journal of Psychoanalysis*).

Note

1. Jousse Marcel (1969) *L'antropologie du geste*, Editions Resma, Parigi. È di questo anno 2018 la pubblicazione digitale delle trascrizioni di tutte le sue lezioni 1932 1951.
2. Quale sia questo posto è complesso riportarlo per esteso. Ci limitiamo a dire qui che per Jousse gira intorno l'oralità, per diventare multidisciplinare; una parte minoritaria di paleontologi, antropologi etologi sostengono la teoria del gesto all'origine del linguaggio, vedi Corballis M.C.(2008): *Dalla mano alla bocca*, Raffaello Cortina; nella filosofia attualmente è Agamben che ritorna sulla questione; per altre strade Carlo Sini, Rocco Ronchi e Federico Leoni; per non parlare dei neuroni specchio nelle neuroscienze, e dell'arte performativa nell'estetica. In quest'ultimo campo segnalo la recente pubblicazione di *Quand le geste fait sens* (2015), a cura di Lucia Angelino, Editions Mimesis Philosophie.

3. *L'intelligence étant considérée comme l'adaptation au réel* (Hautes Etudes lezione del 15/04/42); vedi anche in Sienaert Edgard (2016), *in Search of Coherence. Introducing Marcel Jousse's anthropology of mimism*, Pickwick Publications Eugene, Oregon U.S.A.: *intelligenza è intus-leggere, leggere cosa c'è dentro*. È divenire consci, consapevoli ... Ma che significa divenire coscienti di? E di cosa lo si diviene? È qualcosa che è del processo, qualcosa che è entrato in me, e che è rimasto lì e si attiva insieme ad altri infiniti gesti. È *Inter-legere* scegliere tra tante cose, forse infinite, l'unità e insieme l'unicità direi, dato che due persone in un gruppo non raccolgono la stessa cosa. *Intelligenza è Inter-ligare* mettere insieme gesti prima non legati (pag. 29). Significante e gesto per esempio. Se sono la stessa cosa non possono essere posti nel modo dell'intelligenza.
4. Si tratta di un Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare che si svolge in un Centro di Salute Mentale di Roma. Questi gruppi si sono diffusi rapidamente in Italia, e oggi rappresentano una realtà importante dal punto di vista numerico e nel loro apporto metodologico alla psichiatria territoriale. Insieme ad altre pratiche costituiscono un approfondimento e prosecuzione di ciò che era al cuore della riforma nota come legge 180, un processo altrimenti in costante rischio di svuotamento o rovesciamento.
5. Freud, che cercava una migliore definizione del meccanismo difensivo della paranoia afferma: «Non è corretto dire che un sentimento represso all' interno è stato proiettato all' esterno, noi vediamo sempre che ciò che è stato abolito all' interno riviene, compare all'esterno». Quindi la formula freudiana è già la sostituzione di questa precedente, segno di un lungo lavoro sulla questione. Freud S.: *Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia*, in *Opere*, vol.6
6. Iacovino Luca (2014), *Percorsi tra significante e Gesto: il Fantasma* in «Bollettino Studi Sartriani - Morale e violenza: sul rapporto mente corpo», Università Roma Tre.
7. Con il termine “irradiare” Jousse indica la capacità di alcuni gesti di agire globalmente ovvero su tutto il corpo, implicarlo nell' insieme, in un tutt-uno. Ma il termine indica anche una sorta di durata del gesto, una sua vita temporale oltre che spaziale ovvero il suo espandersi nel “montaggio”. *L'après coup*, ovvero come viene risolta tradizionalmente una certa temporalità in psicoanalisi in particolare nella concezione del trauma è comunque sempre posto in una linearità, che lo stesso termine di posteriorità cerca di superare. Per lo stesso motivo oggi si parla più di risonanza che di fissazione
8. Pagliardini Alex (2011), *Jaques Lacan e il trauma del linguaggio*, Galaad Edizioni.
9. Una minoranza contesta la dimenticanza della realtà dell'evento. Forse anche molte reazioni attuali come il movimento del *Me too* dice qualcosa al riguardo, un improvviso emergere o ri-emergere. Per quanto Freud se ne allontani, vi ritorna, ha dubbi. I dubbi di Freud sulla realtà dell'evento della seduzione non tolgono l'asserzione che il trauma appartenga al sessuale.
10. Sienaert Edgard (2016), *in Search of Coherence. Introducing Marcel Jousse's anthropology of mimism*, Pickwick Publications Eugene, Oregon USA, pag. 32, (da cui “ISOC”) rispettivamente lezione del 8 dicembre '37, del 1 marzo '36 e del 9 marzo '39.
11. Ivi, pag. 33, lezione del 9 marzo '39
12. Potremmo dire che se da un lato l'espressione di Jousse richiama la *Vivencia*, dall'altro si affianca ad un modo di intendere quella più nota di Freud «dove era l'Es l'Io avviene», . L'uso dell'aforisma di Bernardo di Chartres in psicoanalisi è stato riproposto ultimamente da M. Recalcati.
13. Ricordare Winnicott in questo caso non è solo per il modello insuperato che descrisse di consultazione e colloquio, non si può qui non ricordare ciò che egli definì come “il gesto spontaneo”.
14. ISOC lezione del 18 febbraio '34
15. Se nella linguistica strutturalista il linguaggio, l'Altro precede e determina il soggetto, fino ad incidere nei corpi, macchina che decreta la fine di ogni umanesimo qui avviene il contrario,

un processo del tutto inattuale di umanizzazione di ciò che precede.

16. ISOC pag.5

17. Freud S. (1895), *Progetto di una psicologia*. OSF vol.2. Lo stato dell'Hilflosigkeit, l'impotenza iniziale la “fonte originaria di tutte le motivazioni morali”: Una cosa è pensarla come uno stato strutturale, una cosa è pensare quali gesti sono presenti sul momento che attivano tale stato e come questi si montano tra di loro.

18. Ronchi Rocco (2012) *Come fare, per una resistenza filosofica*. Feltrinelli, pag.67.

19. L'oggetto agalmatico come tale non compare dopo il Seminario VIII sul transfert e il riferimento al Simposio, ma nell'insegnamento lacaniano vedrà poi una serie di metamorfosi.



Un'esperienza di elaborazione del trauma in un setting analitico allargato

Nel lavoro clinico con gli adolescenti appare importante che il terapeuta assuma una posizione ed abbia una prospettiva chiara sul ruolo delle esperienze traumatiche, ai fini della valutazione dell'organizzazione della personalità. Appare cruciale porsi delle domande: che effetto ha il trauma nel processo evolutivo dell'adolescente? Che impatto ha nella strutturazione della personalità, in particolare nella riorganizzazione difensiva? Molti autori ritengono che l'adolescente, alla luce di nuove potenzialità (della sessualità e dell'aggressività) sia costretto a fare rielaborazioni di avvenimenti traumatici avvenuti nell'infanzia, in quanto si aprono delle crepe nella struttura difensiva e, pertanto, diventano urgenti nuove misure difensive. Diventa un compito dell'adolescente portare a risoluzione i residui traumatici infantili.

Vorremmo soffermarci attraverso, la presentazione di un caso, sulla costruzione di un setting (individuale e di gruppo) che ha dato la possibilità di “pensare il trauma”, di renderlo comunicabile all'interno di una relazione di fiducia, di rimuovere gli ostacoli al processo di ristrutturazione della personalità ed elaborare il sintomo.

Storia di Chiara

Chiara è una ragazza di 17 anni. Viene alla nostra consultazione su sollecitazione del suo medico di base per il manifestarsi di sintomi psicosomatici (dermatite da stress, disturbo gastrointestinale funzionale).

All'età di 13 anni, manifestando difficoltà scolastiche, si era già rivolta al servizio di TSMREE (Tutela salute mentale riabilitazione età evolutiva) per una valutazione psicodiagnostica. Erano emersi un DSA (Dislessia) e una sofferenza psichica caratterizzata da sentimenti di disperazione. Alle indicazioni di un trattamento psicoterapeutico non aveva corrisposto la volontà materna di conseguirlo. Dai colloqui con la madre erano a quel tempo emerse una diffidenza verso l'indicazione di un trattamento psicologico ed un atteggiamento di negazione per la sofferenza della ragazza.

Chiara ora frequenta l'ultimo anno di liceo e, durante i colloqui preliminari, dichiara di soffrire di: ansia generalizzata, panico ed insonnia. Dice di aver avuto attacchi di panico in passato. Esplicita una richiesta di aiuto, perché soffre di uno stato di angoscia, legato alla paura di provare emozioni comparsa in fase di sviluppo puberale. È preoccupata di non saper riconoscere le emozioni sperimentate nella relazione con i coetanei, in particolare con i ragazzi. Ha paura di poter provare le emozioni negative.

La paziente riferisce che già da prima che venissero riconosciute le sue difficoltà specifiche di apprendimento, la madre aveva sempre avuto un atteggiamento molto svalutante, con reazioni di rabbia e agiti al limite del maltrattamento.

Quello che ci colpisce durante questa consultazione è l'immediatezza con cui Chiara comunica di aver vissuto una profonda svalutazione di sé e di essersi sentita stupida. L'atteggiamento della madre e la difficoltà di apprendimento hanno determinato in lei una sofferenza accompagnata da ansia e da un disagio sul piano narcisistico che la fa vacillare ancora oggi sulla consapevolezza, più o meno realistica, delle proprie capacità. Della sua vita familiare, ricorda che all'età di 5 -6 anni ha vissuto la separazione dei propri genitori con enormi conflittualità. Il padre ha mantenuto contatti sporadici con la figlia. La madre ha attivato una dinamica disfunzionale alimentando la convinzione che il coniuge «Non ha mai dato niente né prima, né ora», definendolo “irresponsabile ed anaffettivo”. I sentimenti di odio della signora verso il marito si strutturano nel postulato: «L'abbandono e la separazione sono danni per i quali bisogna essere risarcite». Questo la porterà ad intraprendere interminabili battaglie legali per gli aspetti economici e a non cercare un lavoro che avrebbe potuto renderla autonoma. Inoltre, il postulato materno condiziona la possibilità di Chiara di mantenere contatti con il padre, fino al divieto di rispondere ai suoi messaggi. Chiara fa propria la decisione materna a costo di attivare meccanismi primitivi quali la negazione e la scissione. La negazione ha riguardato non solo i sentimenti dolorosi legati alla perdita ma anche la possibilità di confrontarsi con la coppia genitoriale. Negando l'ambivalenza del vissuto e le emozioni legate al trauma si svilupperà il suo senso di alienazione. Alle esperienze reali del trauma (l'allontanamento del padre, le difficoltà specifiche di apprendimento) ha corrisposto un ambiente esterno, rappresentato dalla madre, che non ha operato come scudo protettivo, che non le ha permesso di elaborare i vissuti legati alla separazione e che non ha aperto la possibilità di nuovi investimenti e di nuove relazioni. Chiara appare interessata e curiosa alla possibilità di comunicare il proprio malessere; sembra iniziare il suo percorso proprio dal punto in cui si è conclusa la precedente consultazione.

Ha pochi amici per lo più molto problematici; nelle relazioni con i coetanei prevale la paura di provare emozioni e di non saper cogliere le sfumature. Sembra che una breccia si sia aperta, nel sistema difensivo, instauratosi nell'infanzia e nel periodo di latenza per coprire sentimenti dolorosi. Non si può sfuggire alle sollecitazioni provenienti dal mondo dei coetanei e alle spinte curiose verso esperienze sentimentali e verso un nutrimento narcisistico proveniente dall'approvazione di partner maschili. Chiara appare investire sullo spazio terapeutico che le viene proposto e questo porta alla costruzione di una buona alleanza terapeutica.

Caratteristiche del percorso terapeutico

Il percorso terapeutico si è articolato in colloqui individuali quindicinali e in una psicoterapia in gruppo secondo il dispositivo dello Psicodramma Analitico messo a punto da Eugenie e Paul Lemoine nell'ambito della *S.E.P.T.*

Nell'ambito dello psicodramma analitico è centrale il gioco.

La scelta di questo doppio dispositivo nasce dalla richiesta della paziente di intraprendere una terapia individuale e dalla nostra proposta d'inserimento nel gruppo formato da 5 pazienti di età compresa tra i 16 e 18 anni.

Laddove le relazioni tra pari sono quasi inesistenti nella realtà, l'inserimento in un gruppo terapeutico permette un rispecchiamento trasversale tra coetanei e nella paziente ha prodotto la possibilità di sentire e pensare le emozioni che vengono esperite anche a partire dal proprio corpo, in un ambiente protetto.

Durante le prime sedute individuali, Chiara è convinta di vivere una situazione familiare che le ha permesso di sentirsi protetta. L'evento della separazione dei genitori e dell'allontanamento del padre non era stato riconosciuto, fino a questo momento, come traumatico, con esclusione delle conseguenze affettive e cognitive. L'identificazione con il postulato materno e con la sua storia, iniziano ad essere messi in discussione quando il proprio istruttore di arti marziali, nel raccontare la propria storia personale, le dice: «Anch'io sono stato abbandonato da mio padre». La parola “abbandono” la fa interrogare ed apre un processo che rende possibile l'esplorazione dei sentimenti negati, rimettendo in discussione una rielaborazione del trauma e delle scelte materne. La negazione delle emozioni legate al trauma della perdita del legame paterno ha costituito uno schermo protettivo che mostrerà le sue fragilità. Il tema dell'abbandono del padre sarà prevalente e l'interrogativo della terapia diventa «Cosa ho provato io per quello che mi ha fatto l'“oggetto”?».

Il tema dell'abbandono verrà ripreso anche in una seduta di gruppo. Si parla di scuola, di compagni che spesso infrangono regole della vita scolastica con un grande godimento. I discorsi vertono sui limiti e sul bisogno di autorità da parte degli insegnanti. Chiara nel racconto fatto dal posto, racconta di un compagno che in classe ha degli attacchi di rabbia e lancia una sedia. La paziente accetta di giocare questa scena scegliendo l'animatrice per rappresentare l'insegnante e un membro del gruppo per fare il compagno. Nella parte del compagno appare disinvolta nell'esprimere la rabbia; invitata ad assumere il ruolo del professore si blocca ed esce dal gioco. Identificandosi nel compagno ha potuto fare propri gli aspetti rabbiosi; nello scambio dei ruoli ha palesato un'autorità negata. L'autorità è certamente il limite paterno familiare, ma anche il limite rappresentato dalle regole sociali. Cosa succede quando c'è da parte del padre un abbandono? Come avviene la costruzione del Super-Io personale nell'adolescente che ha vissuto questo tipo di trauma? Come può instaurare propri principi e costituire aspetti di autorevolezza personale?

In una seduta di terapia individuale racconta che la madre continua ad avere un atteggiamento svalutante, carico di aggressività che attiva in lei continuamente sentimenti di angoscia. Viene rimproverata di non avere relazioni stimolanti e amici di un “certo livello”, di essere stata da bambina una disagiata sociale. L'aggressività

materna la spaventa e la inibisce.

In una seduta di gruppo, Chiara racconta di questa aggressione verbale. La paziente si mostra protettiva verso la madre, esercitando un certo sarcasmo. Le si propone il gioco e viene chiamata a giocare l'osservatrice, la quale, nella parte di Chiara, si difende, sostenendo il diritto di scegliere chi ritiene più fidato come amico. Tornati al posto Tito (17 anni), un ragazzo che pure ha subito violenze dal padre, dopo aver osservato il gioco, esclama «Mia povera Chiara, quanto la capisco!» facendo intristire la paziente. Nel transfert orizzontale, che si attiva nel gruppo, il soggetto ha la tendenza a riguardarsi e ad ascoltarsi per l'altro e al suo posto, cioè a riproiettare su sé stesso ciò che l'altro interiorizzato gli rinvia come immagine (Blajan Marcus, 1971).

Darsi la possibilità di esprimere l'aggressività sarà un tema centrale e continuerà nelle sedute successive. Si gioca un momento nel quale Chiara è a casa con la sorella, la quale chiede di prenderle delle cose, ma al momento di riceverle le dice che non le servono più. Il sadismo della sorella genera rabbia repressa e Chiara non replica ed obbedisce. La drammatizzazione si fa lunghissima, fintanto che l'animatore fa un doppiaggio alla paziente nel quale dice «No, ti prendi tutto da sola se vuoi!». Questo attiva nel gruppo una serie di risate e di successivi quesiti. Da questa seduta in poi, ricorre la questione del “poter dire no!”. Nel caso di Chiara, il legame identificativo è stato sempre traumatico. Il “no” è sempre stato caricato di aggressività e di numerose esperienze spiacevoli. La madre sola diviene un legame d'amore frustrante dal quale difendersi. La terapia in questa fase permette a Chiara di poter esprimere la propria aggressività senza paura e di dare una connotazione di senso al trauma.

Arriva nel gruppo Elena, una nuova paziente che vive una fase depressiva. Nella sua prima seduta, causa defezioni, ci sono solo lei e Chiara. Ne nasce un transfert da rispecchiamento molto forte, durante il quale le ragazze parlano senza inibizioni delle proprie emozioni negative. Dice Elena: «Mi capita di piangere davanti alle persone e non so spiegare il motivo, questo mi fa sentire in colpa». In questa seduta Chiara, identificandosi con Elena, sente che può entrare in contatto con la tristezza, esprimere le emozioni più negative senza spaventarsene. Rifacendoci alle teorie di Kohut, si può affermare che i coetanei assumono in questo periodo la funzione di oggetti-Sé e costituiscono la rete interpersonale che serve a mantenere la coesione del Sé e a garantire l'espressione di Sé, sperimentata come autostima.

Considerazioni sul processo terapeutico

Nella storia di un adolescente che ha subito un fattore traumatico, sono presenti elementi di discontinuità e di scissione. Bisogna che l'adolescente possa prendere su di sé il compito di mettere insieme il prima ed il dopo.

Secondo Giannakoulas (1994) il trauma interrompe ed interferisce con i processi evolutivi: «La crisi dell'adolescente traumatizzato ha una caratteristica inconfondibile, è

al di fuori dei tempi maturativi. L'incontro con l'adolescente e il suo trauma ha anche il compito di rimettere a posto il tempo».

Come lavorare con l'adolescente? Come costruire un setting? Il setting è prima di tutto “il luogo del transfert” (Green 2002). La sua costruzione significa favorire un transfert che sia tollerabile per l'adolescente.

L'autrice A. Maltese in un suo contributo introduce il concetto di “spazio allargato”, sia reale che metaforico, dell'ambiente e sottolinea l'importanza di creare un ambiente per riceverlo. Offrire un ambiente significa poter recuperare la memoria dell'evento concreto e all'interno di una relazione terapeutica «Potere riprendere gli aspetti affettivi ed emotivi che Novelletto ascrive alla memoria del Sé, recuperando una continuità con le proprie radici» (Giannakoulas, op.cit.).

Il setting analitico permette una riparazione delle rappresentazioni traumatiche a partire da una riformulazione della propria storia e consente di simbolizzare i contenuti rimossi e riorganizzare le difese. Il processo terapeutico attiva una catena di esperienze e rende possibile la condivisione della non comunicabilità del trauma.

Il modo di porsi del terapeuta nei confronti del trauma diventa significativo per ampliare l'interrogativo da: «Cosa mi ha fatto l' “oggetto”?» a «Cosa ho provato io per quello che mi ha fatto l' “oggetto”?». I contributi di Khan hanno messo in risalto che il Sé richiede l'Altro per essere acquisito e questo può attivarsi all'interno del setting analitico. Qui possono, inoltre, trovare posto gli aspetti di riparazione che possono essere visti come il primo gradino per la costruzione delle difese.

Accenneremo soltanto alla complessità del lavoro terapeutico che può presentarsi arduo anche nella tecnica. Tale complessità consiste nel bilanciare la neutralità di non intervenire pro o contro, ma di prendere una direzione che aiuti l'adolescente ad usare l'esplorazione e la osservazione del suo mondo interno collegato con il mondo esterno, di aiutare ad interiorizzare una funzione di pensiero. La condivisione con gli autori sopra citati, per quel che riguarda gli aspetti teorici, e la nostra osservazione clinica ci hanno portato a realizzare un setting “allargato”.

Un setting terapeutico che ha articolato parallelamente il transfert individuale con quello di gruppo e in particolare con quello verticale con i due terapeuti nel gruppo, uno dei quali conduceva il trattamento individuale; ciò ha permesso che il transfert individuale venisse elaborato in gruppo ed ha consentito lo sviluppo di un transfert tollerabile per l'adolescente e, quindi, contenitivo. In sedute quindicinali individuali si è sviluppata con il terapeuta una relazione che ha permesso all'adolescente di trovare un sostegno ed un punto di riferimento affidabile e continuativo. L'alleanza terapeutica ha permesso di sentire che è possibile far fronte alle vicissitudini dei legami infantili; ha dato la speranza di avviare, per dirla con Balint, “un nuovo inizio”.

Il racconto del trauma, Chiara comincia a farlo nel setting individuale ma il suo dispiegarsi, la possibilità di ridiscuterlo e simbolizzarlo, avviene nella terapia di gruppo,

attraverso il gioco. Il gruppo d'altro canto ha giocato un ruolo grazie alla presenza del gioco psicodrammatico e del transfert orizzontale operato dalle relazioni con i pari. Il gioco permette di pensare il reale, l'impossibile a dirsi, ciò che non può passare attraverso il linguaggio articolato in significanti ha mille occasioni di affacciarsi (E.B. Croce, 2001). Le identificazioni con i pari-pazienti del gruppo permettono lo sviluppo di transfert orizzontali che riescono a far emergere contenuti altrimenti inaccettabili ma resi tollerabili nell'esperienza condivisa. Il beneficio del gruppo è il lavoro identificatorio per ciascun membro. In conclusione, il setting individuale rappresenta un luogo che accoglie bisogni di dipendenza e di un legame affettivo contenitivo, il setting del gruppo attraverso il bisogno di rispecchiamento e le identificazioni fa sì che la portata adolescenziale individuale (la sessualità integrata all'aggressività) sia condivisa con i coetanei.

Si tratta allora di prendere posizione, assumere un punto di vista, formulare delle ipotesi, discuterle con il diretto interessato, così che da quell'incontro possa generarsi una visione di sé, utile all'adolescente. Tutto ciò interrogando il più possibile le idee, i pensieri, le intuizioni, i dubbi intorno a se stesso, che l'adolescente ha difficoltà a raccontare, ma che comunque sono alla ricerca di un interlocutore interno, immaginario o magari in carne ed ossa (Novelletto).

Conclusioni

La terapia si è protratta per un anno e mezzo. Nel corso di questo periodo, Chiara, con un *escamotage* (la vicinanza alla palestra), è andata a vivere dalla nonna materna. Grazie al suo senso della realtà, ha colto in lei una figura di riferimento protettiva, in grado di accogliere i suoi bisogni e di rappresentare un buon rifornimento narcisistico.

Sul piano delle relazioni familiari appare meno sofferente; ciò è stato reso possibile perché si è attivato un processo dove la pensabilità del trauma ha ricollegato l'autenticità dei sentimenti alla valutazione più vera e critica della realtà. Chiara ha potuto riconsiderare il rapporto con la madre, dare significato alle difficoltà di questa col padre: compare una donna depressa, dipendente ed impulsiva, incapace di elaborare i vissuti legati alla separazione e di dare sbocco alla vitalità. Chiara inizia a darsi la possibilità di poter rispondere ai messaggi del padre e di potergli porre delle domande. Apparirebbe un padre non più solo colpevole, ma umanizzato nelle sue difficoltà personali. Negli ultimi colloqui collegherà i suoi sintomi somatici al sentirsi intrusa dall'aggressività della madre e al sentirsi un suo contenitore; userà la metafora «Sono come una pentola con il coperchio».

Le relazioni con i coetanei, soprattutto con i ragazzi, le hanno dato la possibilità di esperire emozioni e sensazioni senza esserne spaventata, diversamente da come aveva immaginato.

Ha potuto iniziare una progettualità personale: parlare di cosa fare durante l'estate e cosa fare dopo la maturità. Chiara ha le idee chiare sulla facoltà universitaria ed esprime il desiderio di rispondere agli auguri di compleanno del padre.

Anna Bilotta

Psicologa, Psicoterapeuta, Servizio TSMREE ASL RM3

Monica Torquati

Psicologa Psicoterapeuta

Bibliografia

AA.VV. (2010), *Il lavoro clinico con gli adolescenti*, in «Richard e Piggie» n.3-2010, Il Pensiero Scientifico, Roma

Blos P. (1988), *L'adolescenza. Una interpretazione psicoanalitica*, Franco Angeli, Milano

Croce Elena B. (2001), *La realtà in gioco*, Borla, Roma

Giannakulas A. (1994),

Novelletto A. (1995), *Adolescenza e trauma*, Borla, Roma

- (2009), *L'adolescente una prospettiva psicoanalitica*, Astrolabio, Roma



Foxtrot: quale trauma nel lutto?

*Io che nulla amo più
dello scontento per le cose mutabili
così nulla odio più del profondo scontento
per le cose che non possono cambiare.
Brecht B.*

«Siamo stati colpiti da un trauma familiare, esattamente due anni fa, che ha sconvolto tutti gli equilibri».

Si apre così, su una voragine, il mio incontro con Sara, senza anticamera, senza preliminari e siamo già al *noi*. Fin da subito so che questo incontro mi riguarda.

L'immagine che si crea per me è quella di qualcosa che è stato tirato via, strappato all'improvviso, come una tovaglia da una tavola allestita per un pranzo all'aperto, in campagna, lasciando i commensali a bocca asciutta. Piatti, bicchieri, pietanze ... tutto distrutto, rovinato a terra, un cambio di atmosfera improvviso e definitivo.

Il padre di Sara è morto due anni prima del nostro incontro e lei decide di iniziare un ciclo di *counseling* psicologico - presso l'università alla quale è iscritta - proprio in coincidenza di quell'anniversario.

Sara studia medicina, è al sesto anno, studentessa brillante, assidua e motivata fino a due anni prima. Sembra aver perso ora la direzione e la motivazione: non è più “sicura di niente”, non trova più il senso di quello che fa, in campo universitario e sentimentale, non sa se vuole essere un medico e se vuole sposare il ragazzo con cui è fidanzata da alcuni anni e dice di amare.

La morte non è *un trauma* ma *il trauma è la morte*: Accolgo in tal senso la definizione di Correale: «Il trauma non è qualunque esperienza frustrante, non è il dolore, non è la mancanza, non è l'incontro con l'orrore in quanto tale. Il trauma è la morte, cioè in qualche modo nel trauma si presentifica una potenza oscura, affascinante e misteriosa, che ci trascende e ci fa pensare che il tempo si ferma, la nostra vita si ferma, le nostre possibilità di influenzare il mondo e i rapporti sono limitate da una potenza oscura che ci ferma» (Correale A., 2013, p.34).

In seguito alla morte del padre Sara si ritrova “collocata a forza” in quel posto che prima occupava il genitore, pilastro della famiglia e punto di riferimento per madre e fratelli, quel ruolo ora la incastra come in una nicchia di pietra.

Sara è la primogenita di 4 figli, ha una sorella, di 4 anni più piccola e due fratelli di 14 e 7 anni.

Viene da una cittadina a sud di Roma, portata nella capitale dal desiderio di studiare

medicina.

La scelta ben ponderata, maturata durante una settimana di “orientamento” al liceo, aveva riscosso l'entusiasmo e l'appoggio del padre, uomo forte ma affettuoso - era un militare dell'aeronautica - severo ed esigente nel rispetto delle regole, sempre disponibile in caso di necessità.

Era “un padre militare che sapeva abbracciare”. Così lo aveva definito Sara durante uno dei primi colloqui.

Ora, quasi al termine del percorso di studi, il senso della scelta universitaria, della progettualità futura, sono per Sara come polverizzati, dissolti insieme alla figura paterna.

Il posto dell'assente - Slow slow

L'università presso cui sono consulente mette a disposizione degli studenti che lo richiedono un ciclo di 10 incontri di *counseling* psicologico nell'arco dell'intero percorso di studi.

Preciso che malgrado il nome possa trarre in equivoco – servizio di *counseling* - si tratta di un servizio di “terapia breve”, offerto da psicoterapeuti.

Un ciclo di incontri – almeno sulla carta del servizio - focalizzati e a termine che può in alcuni casi esitare nell'invio a strutture del territorio o a colleghi che lavorano in privato.

Molto spesso le problematiche presentate sono relative allo studio, un'*empasse* nel percorso universitario, una difficoltà di concentrazione, anche se poi l'incontro di *counseling* si rivela non di rado una finestra di apertura su un mondo interno ben più complesso e può aiutare a rendere esplicita la domanda di terapia.

Sara decide di rivolgersi al servizio di *counseling* incoraggiata dalla “responsabile di piano” del collegio nel quale risiede, «perché è bene che parli *con* qualcuno».

Così è la domanda di parola che porta Sara da me, parola che lega (*parlare con*, non solo *parlare a*) parola che connette, stabilisce un nesso e forse restituisce significato.

Mi chiedo, già dalle prime battute del mio incontro con Sara, quale possibilità offra lo spazio breve e circoscritto di 10 incontri per un'intera famiglia che ha perso il suo equilibrio?!

Fin da subito, infatti, non è solo Sara nella stanza di consultazione, ma tutta la famiglia come un blocco unico ora ricompattatosi sulle “spalle” della “mia paziente”. Una scultura, un Laocoonte in marmo dove ciascuno deve mantenere la sua posizione.

Sottratto il padre da quel blocco scultoreo è la figlia primogenita a “salire di livello” e occupare il *posto dell'assente*. In maniera automatica, meccanica e quasi involontaria, laddove non è possibile cambiamento e trasformazione l'unica via è la sostituzione nella posizione.

Fin da subito Sara mi racconta di un'ambivalenza, da una parte la fatica di occupare quel

luogo, il posto del padre, il peso della responsabilità, il sentirsi in panni non propri: *essere il padre di famiglia perché non si ha più un padre*. Dall'altra il piacere quasi impronunciabile di vestire quei panni, di avere quel potere.

Più volte amici e familiari rimandano a Sara la somiglianza paterna: «Hai lo stesso abbraccio di tuo padre!» le dirà un amico di famiglia durante il funerale, aprendo in lei ancor più la ferita dell'assenza.

Il *vestire i panni del padre* non è solo un modo di dire, Sara mi racconta che tiene nell'armadio alcuni maglioni del padre e la sua giacca da aviatore. Ogni tanto, quando sta particolarmente giù, indossa un maglione, si copre con il giubbotto, “vesto quei panni e mi sento un po' meglio”.

I confratelli del gruppo parrocchiale che frequenta le hanno detto che non deve farlo, che dovrebbe buttare quei vestiti, ma lei proprio non riesce a liberarsene, la aiutano a stare *con* stando *in*.

Un passaggio mancato - Quick quick

Il padre di Sara muore improvvisamente, a 54 anni, dopo una partita di calcetto.

La notizia della morte non arriverà mai direttamente a Sara.

Si temporeggia, il messaggero più adatto sembra il essere il fidanzato che però decide di dirglielo di persona, non al telefono.

Una sfasatura temporale di una ventina di minuti che si rivela determinante: l'ordine delle cose è invertito.

Arrivano così a Sara prima i messaggi di condoglianze poi “La notizia”, messaggi incomprensibili relativi a un *dopo* che non rimandano ad alcun *prima*. Dichiarazioni di un dolore condiviso in assenza di dolore.

È proprio questa inversione tra fatto e parola, o meglio questo spazio che si apre come un crepaccio tra il prima e il dopo che lascia Sara nella totale impotenza.

«Condoglianze di che?», «non riesco a capire, mi è mancato un passaggio, qualcosa ha fatto un salto, è mancata la notizia». Lo stesso salto che farà lei nella gerarchia familiare.

Un salto che non permette passaggio (di informazioni, di parole, di emozioni).

La ricostruzione della sequenza degli eventi arriverà dopo, come in un film montato al contrario.

È qui il trauma, in quel salto di senso? In quel break di respiro? In quel *crepaccio* nel piano sequenza che getta nel *dopo*, nel *già avvenuto*?

È mancato l'enunciato che troverà parola solo al nostro quinto incontro.

Sara mi racconta di una lite con il padre, discussione futile avvenuta pochi giorni dopo la morte del nonno paterno, discussione alla quale il padre mette fine con una frase lapidaria che nella sua incisività permette a Sara di aprire il significato: «Non hai capito? *Mio padre è morto!*».

«Solo allora ho capito» - mi dice Sara. Solo ora *ha capito* – penso io.

La frase lega ora padre e figlia nella stessa esperienza.

“Mio padre è morto”, le parole ripetute da Sara nella stanza di terapia, brevi, definitive, inequivocabili, semplici e fulminee.

L'annuncio mancato trova voce. È la scoperta di un pezzo saltato via.

Allora quel *parlare con* ritrova per Sara il suo senso più profondo e diventa anche *parlare a*.

Dire a se stessa che qualcosa è avvenuto, recuperare quel passaggio mancato che ha fatto vuoto di parola e di significato. Certo il dolore resta.

Nel nostro incontro successivo farà la sua comparsa la paura: «Ho paura di tutto, paura di morire, paura che i mie fratelli muoiano, paura che mia madre muoia».

Paura, aggressività, senso di colpa, anche per un posto usurpato.

Sara mi racconta di un ritiro con il gruppo della parrocchia avvenuto durante il weekend, qualche giorno prima del nostro sesto incontro. Il ritiro le ha fatto bene, ma anche lì ha fatto tutto lei, gli altri si aspettavano che lei risolvesse una serie di problemi creati da uno dei confratelli. «Doveva essere lui il capo ma si è assentato».

Sembra ripetersi nell'esperienza di Sara la stessa scena vissuta in famiglia, chi doveva coordinare non c'era e lei lo ha dovuto rimpiazzare, *replace* si direbbe in inglese – Sara ha trascorso molti anni in America durante la sua infanzia e l'inglese è la sua prima lingua - con quell'accento al *place*, posto, che colloca il soggetto in un'altra posizione.

È durante questo racconto che Sara riflette sul fatto che ciò che pesa non è essere il capo ma *prendere il posto dell'assente*.

Durante il colloquio successivo, siamo quasi al termine del nostro percorso, Sara mi racconta che ha messo i vestiti del padre in una busta, non ha voglia di buttarli (perché dovrebbe?) ma non ha più neanche il desiderio di indossarli, li tiene lì *in ricordo di*, segno di qualcosa che è stato e non è più.

Di nuovo qui - slow slow

Siamo al decimo incontro, l'incontro di chiusura e di saluto.

Sara torna al punto di partenza: il suo arrivo all'università, accompagnata in macchina dal padre 6 anni prima, ma le sue parole sembrano descrivere il suo arrivo qui (nella stanza di consultazione).

«Mi fa strano perché è stato mio padre a portarmi qui e ora me ne vado via da sola o meglio me ne vado per andare con Francesco».

Ha deciso di sposarsi l'anno prossimo, di lasciare vuoto il posto del padre e prendere il posto che ha scelto accanto al fidanzato.

Si sorprende del fatto che ora riesce a dire ciò che pensa, anche a chi riveste un'autorità, non sente di “fare schifo” e sa che può chiedere aiuto.

Forse in futuro sarà un medico che usa la parola nella cura, forse sceglierà psichiatria, vorrebbe occuparsi dei malati terminali, occuparsi di quel territorio di frontiera tra la vita e la morte dove la cura ha dichiarato il fallimento e il limite. E su quel fronte sa che il

suo lavoro è appena cominciato.

Nello spazio di questo tempo a termine, scandito da 10 incontri, ho visto Sara muoversi sul bordo dei ricordi, dialogare con qualcosa che si intravede e si perde.

E di nuovo cito le parole di Correale: «Il trauma è ciò che ci mette di fronte a qualcosa che al tempo stesso ci attira ci affascina e ci terrorizza. [...] sul piano individuale è l'esperienza di contatto con l'intoccabile» (Correale A. 2013, p.34).

Foxtrot: slow slow, quick quick, slow slow

L'idea di scrivere la storia dei miei incontri con Sara è nata al cinema, guardando il film *Foxtrot: la danza del destino*.

La trama del film non ha molto a che fare con la storia di Sara, almeno non direttamente, ma per me l'associazione è stata immediata. Non solo perché il protagonista si muove su una linea di confine (geografico), che si fa anche limite di senso, confine con l'assurdo, ma soprattutto per la dialettica tra tempo e trauma che attraversa i tre atti del racconto.

Foxtrot è un film del 2017 diretto da Samuel Maoz, un film profondo e cupo, quasi claustrofobico.

È un racconto sulla stupidità della guerra, sulla trasmissione transgenerazionale delle colpe, ma è soprattutto un film sul trauma e sul tempo.

Sul trauma come blocco del tempo, interruzione nel ritmo, enunciazione che non porta significato che rende impossibile la ricomposizione. Il film si apre sull'annuncio della morte di un figlio, un annuncio sulla soglia. L'annuncio mancato a Sara.

Molte cose sono avvenute in questi 10 incontri con Sara, molte ne ho lasciate cadere nel “racconto” perché non strettamente implicate nel tema di questo scritto.

È come se il fatto di aver a disposizione un tempo breve e definito abbia permesso a Sara e a me, di far i conti con il limite, limite già insito nel setting, abbia permesso di inserire fin da subito il tempo, un tempo scandito che non dà spazio a deroghe. Una condanna ma anche una risorsa, qualcosa che permette di lavorare su una fine annunciata.

Se il *foxtrot*, come dice la voce narrante del film, «è una danza sulla linea dell'orizzonte dove ovunque tu vada torni sempre al punto di partenza», il ritorno di Sara all'immagine del viaggio con il padre verso Roma -a conclusione dei nostri incontri- è un ritorno al punto di arrivo, un viaggio a ritroso che apre al futuro.

«Non è che il passato getti la sua luce sul presente o il presente la sua luce sul passato, ma immagine è ciò in cui quel che è stato si unisce fulmineamente con l'ora in una costellazione. In altre parole: immagine è dialettica nell'immobilità. Poiché, mentre la relazione del presente con il passato è puramente temporale, continua, la relazione tra ciò che è stato e l'ora è dialettica: non è un decorso ma un'immagine discontinua, a salti» (Benjamin, W. 1983, p. 598).

Daniela Lo Tenero

Psicologa, Psicoterapeuta, Sostenitore S.I.Ps.A.

Bibliografia

Brecht B. (1960), *Poesie*. Einaudi, Torino, 1992.

Benjamin W. (1983), *I passages di Parigi*. Einaudi, Torino, 2002.

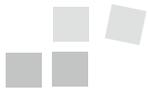
Correale A. (2013), *La trasmissione del trauma*, in «Quaderni di cultura junghiana», Anno 2, n.2, pp.33-37.

Freud S. (1915), *Lutto e melanconia*. In O.S.F. vol. VIII, Bollati Boringhieri Torino, 1977.

- (1920), *Al di là del principio di piacere*. In O.S.F. vol. IX, Bollati Boringhieri Torino, 1977.

Mucci C. (2014), *Trauma e perdono: una prospettiva psicoanalitica intergenerazionale*, Raffaello Cortina, Miano.

Van Der Kolk B. (2014) *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*, R. Cortina, Milano, 2015.



La disabilità quale trauma genitoriale: una ferita sanabile?

*«I knew a boy who was swallowed by the sky
by the flashing lights.*

*I knew a man who got lost in the big dark blue
and he came out alive»*

(Patrick Watson, *Man like you*, Wooden Arms, 2009)

Premessa

Sull'indicibilità del “trauma”

Che cosa si intende per “*trauma*”? Cosa caratterizza un evento traumatico e qual è il tratto che lo separa da un evento non traumatico? Il termine trauma [dal greco antico *τραῦμα, -ατος*, “ferita, lesione, danneggiamento”] rimanda ad un fenomeno di dissesto il cui ripristino allo stato originale nella clinica sembra talvolta impraticabile se non irreversibile. Curioso che, in tedesco, per assonanza fonologica, il termine *Traum* significhi sogno, una delle formazioni dell'inconscio che fa da copertura alla verità del desiderio.

Allora, se si vuol cogliere questa libera associazione in bilico tra dissesto e sogno, il trauma può essere qualcosa che rientra nell'ordine dell'indicibile, qualcosa che non si può nominare; il trauma, quando i pazienti parlano, si nasconde proprio lì dove loro non pensano e in ciò che il loro linguaggio tradisce. Non è insolito, in stanza di psicoterapia e/o di setting istituzionali orientati alla psicoterapia, ascoltare «è accaduto questo e per me è stato un trauma» facendo riferimento ad episodi sicuramente dolorosi ma già parlabili e quindi cedibili all'atto del dire.

Il trauma, invece, è più assimilabile a ciò che tiene in piedi la dialettica tra qualcosa che è stato e qualcosa che si è occultato e quindi che sovverte la linearità perché l'inconscio è tutto fuorché retto.

Fu Freud stesso a rendersi conto, dopo l'abbandono della teoria della seduzione confessato in una lettera del 21 settembre 1897 a Fliess¹, che non si potesse parlare di eventi traumatici in modo assoluto; perché vi fosse un trauma in senso stretto, quindi una mancata abreazione dell'esperienza che rimane nello psichismo come un corpo estraneo, dovevano essere presenti determinate condizioni, prima tra tutte quelle interne. È il conflitto psichico interno al soggetto - sostiene Freud - ad impedire allo stesso di integrare nella sua personalità cosciente l'esperienza che gli giunge dall'esterno².

Tale concetto sovverte tutta una serie di postulati per cui il trauma sia da addursi a cause squisitamente esterne, abdicando al soggetto e alle sue ramificazioni inconse. Un incendio, un terremoto, una violenza non sono aprioristicamente “fenomeni

traumatici”; è piuttosto traumatica la costruzione della rappresentazione interna di quell'incendio, di quel terremoto, di quella violenza per un dato soggetto. Il trauma è qualcosa che si è verificato nella realtà ma che, per il suo tracciato di imprevedibilità e di non senso, sfugge alla possibilità di simbolizzazione del soggetto.

L'accento è da apporre non sull'evento che, data la sua violenza, può costituire valore patogeno, bensì sull'incapacità dell'organismo di tollerare l'evento. Il rapporto che lega la causa al suo effetto si declina così sulla realtà interiore del soggetto, ridimensionando la portata del trauma e diminuendone l'originalità: non può esserci oggettivazione in merito.

Il caso di Federico e Maria

Nell'agosto 2017, Federico e Maria giungono (dopo un anno in altra Cooperativa) presso il Servizio “*Tutela Giuridica del Minore*”, appaltato ad un ente privato-sociale dal Comune di Roma e di competenza territoriale di un municipio, su mandato del Tribunale per i Minorenni.

Il giudice onorario, nel marzo 2015, aveva disposto, in via urgente, per entrambi un percorso di sostegno alla genitorialità congiunto. La prescrizione di un “onere” (non di un obbligo) per le parti di proseguire tale impegno, con il monitoraggio dei servizi sociali, rappresentava uno strumento, anzi l'unico strumento, a disposizione del giudice per aiutare la coppia a superare la conflittualità, nel rispetto del diritto del minore alla bi-genitorialità per una crescita equilibrata. Il minore è Saverio, ha 17 anni e presenta un ritardo cognitivo medio con compromissione delle facoltà motorie ed una totale mancanza della vista.

L'ordinamento in questione era stato sollecitato dal giudice dopo che, l'estate precedente, Maria aveva tentato di lanciarsi dalla finestra, in presenza del marito, del figlio e dell'operatore domiciliare di quest'ultimo, in evidente stato di agitazione e confusione, atto a seguito del quale si era poi predisposto un Trattamento Sanitario Obbligatorio.

Maria aveva sempre sostenuto, sin dalla prima interfaccia con gli operatori del 118 e finanche con il giudice stesso, che il suo fosse stato un gesto disperato mosso a dimostrare la propria stanchezza “esistenziale” dinanzi al marito che, durante il suo ricovero ospedaliero, nonostante l'appello di aiuto, si era invece rivolto al proprio avvocato per avviare procedure di separazione (salvo sospendere il suo intento qualche tempo dopo).

Federico e Maria, data la particolare cornice istituzionale di riferimento, vengono seguiti a cadenza quindicinale da circa un anno da due psicoterapeute di formazione psicoanalitica che in co-presenza, di volta in volta, alternano la posizione di conduzione alla posizione di osservazione. La durata di ogni seduta è di circa un'ora.

Negli incontri congiunti non viene ad essere analizzata “la relazione”, bensì “il

soggetto”: vengono ad essere così interrogate le questioni individuali correlate all'altro membro della coppia.

Il discorso negato

Colpisce quanto nel corso dei colloqui, in entrambi i genitori non affiori mai la dimensione del legame coniugale bensì si consacri esclusivamente quella del legame genitoriale. Dove si colloca Saverio in seno a questa aporia?

Maria, 20enne conosce Federico 28enne, peruviano traferitosi da poco tempo in Italia, presso una cooperativa dove entrambi lavorano in qualità di operatori sociosanitari. All'incirca otto mesi dopo l'inizio della loro relazione, fortemente osteggiata dalla famiglia di origine di Maria, quest'ultima rimane incinta di due gemelli, un maschio ed una femmina che nascono alla 25esima settimana a seguito di una gravidanza riferita “nella norma”. La piccina muore dopo tre giorni dalla nascita, mentre Saverio riesce a sopravvivere seppur con una serie di gravi complicanze, prima tra tutte una retinopatia da nascita pretermine, che lo sottopongono, sin da subito, ad una serie di operazioni chirurgiche.

Dall'età di un anno ad oggi, Saverio segue una terapia riabilitativa ed è impegnato in modo costante su diverse attività organizzate da un centro specializzato per persone cieche ed ipovedenti.

Maria, aldilà della sua breve parentesi professionale, dopo la nascita di Saverio non ha più lavorato, se non in modo precario ed intermittente come badante, sposando totalmente la propria vita all'educazione e all'accudimento del figlio; Federico, invece, ha sempre mostrato particolare dedizione verso il proprio lavoro - unica fonte di reddito familiare - e si spende massivamente nella gestione del figlio.

Saverio non usa né il significante “mamma” né il significante “papà”: per chiamare i genitori, usa il loro nome con il benessere di Federico e di Maria che, dinanzi ad un paio di tentativi di domanda rivolti al figlio quando quest'ultimo aveva cinque anni sul come mai lo facesse, non avendo ricevendo risposta, avevano liquidato la questione come imm modificabile, normalizzandola. «Non pensavamo fosse un problema» - dice Federico un giorno in seduta mentre Maria annuisce.

Sono diversi i movimenti che caratterizzano i discorsi di questi signori.

Senza dubbio, il primo è quello di vedere Saverio quale un *puer aeternus* destinato a rimanere tale senza considerare, neppure lontanamente, che il passare del tempo possa coinvolgerlo, che l'aggravio della crescita lo implichi. Maria gli prepara il pigiama ogni sera, gli riassetta il letto mentre Federico lo lava e lo veste, sebbene Saverio sia in grado di poter svolgere tali attività in modo del tutto autonomo. La tendenza ad infantilizzare risponde effettivamente a varie questioni perturbanti, prima tra tutte, la volontà per lo più inconsapevole ma tenace, di entrambi i genitori di esorcizzare la portata sessuale che il passaggio attraverso l'adolescenza introduce nell'esistenza del figlio disabile e che si

impone come fattore angoscioso con cui fare i conti. Cristallizzare Saverio in un'infanzia senza fine mira a scongiurare l'affacciarsi della pulsionalità, della carica libidica che, ad un certo punto, alcuni suoi gesti acquisiscono. Del resto, se la sessualità è questione macroscopica dell'adolescenza, nel caso della disabilità essa diventa anche più difficilmente raggiungibile soprattutto quando i genitori prediligono atteggiamenti di eccessiva protezione che mantengono la subordinazione passiva del figlio³. Saverio è di fatti un adolescente e si potrebbero verificare diverse difficoltà nel rispondere alla tensione acuita dai desideri sessuali e dalle difficoltà relazionali incontrate nel tentativo di soddisfarli.

Una declinazione che risulta essere particolarmente pericolosa è quella relativa ad un più o meno completo diniego della realtà o comunque ad una minimizzazione drastica del danno. Basti pensare che Federico e Maria hanno comprato un'arpa a Saverio quando questi era poco più che un bambino ostinandosi a impartirgli lezioni private, cosa che il figlio non solo non aveva mai chiesto ma che lo aveva esposto ad una notevole frustrazione dati i limiti circa la praticabilità dello strumento. Anche in questo caso, l'insopportabilità del reale aveva spinto questi genitori negli anni ad allucinare una soddisfazione che mancava, come se lo scarto traumatico tra il figlio atteso e il figlio nato venisse colmato attraverso l'immagine che spazzi via il deficit.

Un altro aspetto che trova allineati in modo orizzontale Federico e Maria è la credenza di quanto Saverio, poiché disabile, sia esonerato dal provare qualsiasi tipo di dolore insito nella realtà del quotidiano. Entrambi i genitori tendono a pensare al proprio figlio come designato ad una vita senza pensieri, placido nella sua condizione di presunto ignorare, rinchiuso in una chimera di ingenuità e di innocenza. Un giorno in seduta Federico problematizza una manifestazione di rabbia che il figlio aveva dimostrato nei confronti della sua storica assistente educativo-culturale poiché questa si era impuntata nel fargli fare un compito e Saverio l'aveva mandata a quel paese. «È sempre stato così tranquillo, cosa gli sta succedendo?» - chiede il padre, come se Saverio non potesse avere accesso alla ribellione e ancor più non si potesse mostrare diverso da come si è costruito nell'immaginario. Probabilmente il ragazzo in quel momento voleva imporre alla sua assistente un'attenzione diversa quasi a essere considerato per quello che egli effettivamente è e non per quello che ci si attende che lui sia, ma ai genitori appare molto strana questa sbavatura d'aderenza al compito. I genitori, disorientati dalla consueta arrendevolezza di Saverio, stigmatizzano come “sintomo” il suo inusuale scatto d'ira, probabilmente spaventati da quel barlume improvviso di soggettività altrimenti eclissato dall'ingombrante presenza della Legge dell'Altro cui conformarsi⁴.

In tutti questi tre discorsi (l'infantilizzazione, la negazione e la scissione) i risvolti psichici di entrambi i genitori svelano in modo camuffato il discorso traumatico della disabilità laddove per traumatico s'intende proprio ciò che non può essere enunciato,

ovvero il rifiuto della diversità, l'esclusione grave di Saverio dal registro dell'umano. Questo pensiero risulta così inaccettabile ed impermeabile che Federico e Maria fanno fatica a riconoscersi sentimenti ambivalenti come tristezza, collera, incertezza e perdita di progettualità. Maud Mannoni, allieva di Lacan, pioniera nel campo della psicoanalisi applicata alla disabilità, sostiene, a tal proposito, che tra la madre e il figlio disabile residua «un sottofondo di morte, di morte negata, travestito quasi sempre da amore sublime»⁵.

Le scene del quotidiano familiare qui accennate sono la messa in atto da parte di questi genitori di una negazione di un doppio lutto non compiuto probabilmente accompagnati da un senso di colpa altrimenti insopportabile: il primo per la morte della piccola bambina e l'altro per la perdita della speranza che il bambino sopravvissuto sarebbe stato normale.

Un figlio nato due volte

È il pensiero della disabilità intollerabile che viene ad essere rimosso: se da un lato, assume le forme del compulsivo accumulo di attività, dall'altro medicalizza ad oltranza la condizione di diversità fino a ridurlo a lesione di natura organica⁶.

Federico e Maria infatti sembrano, più che genitori, operatori specializzati in riabilitazione (non dissimile peraltro dalla loro professione reale, di assistenza a persone in difficoltà), in particolar modo il padre: «Tratto Saverio come un utente». Ma quando i genitori diventano “operatori” del proprio figlio e il figlio “utente” dei propri genitori qual è l'esito delle rispettive funzioni?

La condizione che si ottiene è quello di un corpo organico più o meno addomesticato capace di seguire le diverse azioni e procedure ma dove non v'è un soggetto che abbia preso a suo carico lo svolgimento della funzione. Secondo la tematizzazione di Edmund Husserl⁷, qui ci troviamo dinanzi ad un *Körper*, una compagine somatica e non dinanzi ad un *Leib*, un corpo cioè vissuto e mondanizzato. E un corpo desertificato è qualcosa che spaesa in modo sinistro e che risponde alla logica esclusiva dell'aut aut, propria delle dicotomie strutturate per difendersi dall'angoscia.

Il fatto di trattare Saverio esclusivamente nel territorio del ritardo cognitivo e della cecità fa sì che l'attenzione venga ad essere dirottata sulla patologia e non sul soggetto con l'effetto che tutto ciò che avrebbe dovuto operare si scambussola e ci si trova dinanzi a carenze in aree per le quali non esiste una determinazione organica⁸. Nel ragazzo, ad esempio, risulterebbe seriamente intaccata la dimensione delle relazioni tra pari poiché sempre mediate dal padre e/o dalla madre che accompagnano il figlio in ogni attività, talvolta annullando all'ultimo l'intervento domiciliare dell'educatore, boicottandone il lavoro, anzi talvolta svalutandolo, con grave ricadute sulle dinamiche transferali del figlio.

Questa sclerotizzazione si ritrova poi anche nelle attese sul futuro di Saverio che

risultano estremamente povere («Non sappiamo che fine farà dopo che noi non ci saremo più») probabilmente per scansare la delusione in agguato di tutta una serie di attese mancate nella crescita di questo ragazzo; il desiderio che era stato allestito per un figlio “normale” viene ad essere qui detronizzato⁹.

Angelo Villa, psicoanalista ad orientamento lacaniano, sostiene che se si volesse riprendere la teorizzazione di Otto Rank, circa la nascita quale trauma originario della venuta al mondo del soggetto, essa apparirebbe calzante se riferita alla nascita di un soggetto affetto da disabilità severa, soprattutto per quanto concerne il lato del “normale” più che il lato del “disabile”. Il vero traumatizzato è il genitore che assiste ed è un trauma che non si esaurisce con la nascita ma anzi che lascia perennemente aperta la sua ferita. In merito, scrive: «La dimensione traumatica che l'handicap grave finisce per rendere presente alla coscienza normale non manca di riattivarsi nell'incontro che il disabile sperimenta con persone differenti». E continua: «Il rigetto di cui l'handicappato è fatto oggetto da parte degli individui normali negli ambiti più disparati testimonia del ripetersi, in forma differita, dell'evento proprio alla nascita»¹⁰.

La riattualizzazione del trauma della nascita si rinnoverebbe così nella ricusazione della persona affetta da disabilità che palesa in modo crudo un'alterità in cui non ci si possa rispecchiare se non in maniera estraniante. L'effetto sul genitore è devastante e la perpetuazione traumatica è qualcosa che sfugge alla possibilità di simbolizzazione. Allora qui per trauma della nascita si può intendere il difetto strutturale insito nel rapporto tra figlio disabile e genitore ovvero la frattura originaria che questo figlio iscrive nell'Altro genitoriale che lo guarderebbe sin dagli inizi con un'espressione di inconscio rifiuto o di profondo timore. Nel caso della disabilità, il primo incontro tra figli e genitori risulta profondamente disturbato dall'interferenza del fantasma di questi ultimi generalmente devastati dalla notizia della problematica. Il dover fare i conti con un bambino diverso da quello che ci si aspettava influenza lo scambio che caratterizza le prime relazioni; l'inibizione intellettuale che ne risulta figurerebbe quale manovra difensiva che il bambino con disabilità mette in atto per non “sapere” il suo non essere desiderato dall'Altro; al danno del corpo si aggiunge quello della relazione con l'Altro¹¹. Parte del lavoro con questi signori - ancora in corso - è orientato a compiere il lutto di questa disabilità traumatica e traumatizzante, con lo strascico di rabbia, dolore e anche di umiliazione narcisistica che comporta, trovando l'unico modo di accostarsi al figlio, cioè così come egli è¹².

Il processo psicoterapeutico rilegge l'autonomia di Saverio proprio là dove le azioni o i propositi genitoriali riempiono ogni spazio, facendo coincidere l'agire del disabile “riabilitato” con il volere del normale che educa¹³. Inizialmente scarsamente pensabile una libertà del figlio attraverso la separazione, inizia gradualmente ad affacciarsi la tolleranza della distanza con il figlio e a sforzarsi di riconoscerlo in quanto soggetto a sé

che poi è il principio educativo di ogni genitorialità. Giuseppe Pontiggia, scrittore e padre di un ragazzo disabile, nel doloroso libro autobiografico *Nati due volte*¹⁴ parla proprio di come i soggetti affetti da disabilità nascano due volte; se la prima nascita ha reso tutto difficile e appartiene al registro del reale, della casualità tragica, la seconda dipende dai genitori e appartiene al registro del simbolico, del ripristino del proprio figlio alla funzione di soggetto. La mancata rinascita, quella psichica, se non incentivata, degenera in un recinto spettrale dove il figlio è in costante balia dell'Altro asservito alla volontà dell'Altro e non assoggetto al funzionamento simbolico della Legge.

Quando la psicoterapeuta un giorno ha domandato «Avete mai parlato della disabilità di Saverio tra di voi?», sia Federico che Maria sono rimasti stupiti di quanto, in diciassette anni, nessuno dei due avesse sollevato una domanda l'un l'altro e si fossero invece buttati sul fare, sul saturare ogni singolo livello finanche il loro di coppia, esautorando la relazione ad una singola vocazione genitoriale ed isolandosi così da ogni rete amicale e sociale. Questi signori hanno orientato tutta la propria vita attorno al problema della disabilità senza nominarla. Il trauma è qui che risiede. Saverio sembrerebbe così aver occupato la posizione di sintomo della coppia genitoriale.

Conclusioni. Un'apertura

«Noi non sappiamo che dirci. Quando non parliamo di Saverio, non abbiamo argomenti di discussione» - dice Maria in modo anche piuttosto imbarazzato. «Sì, è vero» - le fa eco il marito. Questi due signori si sono scelti su un aggancio sintomatico che nemmeno loro si sono dati il tempo di conoscere, approfondire. Fermo restando che anche le coppie “migliori” sono l'intreccio di sintomi reciproci che possono innestarsi in modo anche funzionale, a volte il nodo non riesce e si disfa¹⁵. Federico e Maria non hanno mai tentato di separarsi, a volte arrivando addirittura a godere del fatto di star male assieme. Saverio è divenuto così il collante, il motivo per cui Federico non lascia Maria “perché si sentirebbe responsabile nel lasciarla sola con Saverio” e Maria non osa nemmeno ipotizzarlo “perché poi io che faccio sola con Saverio?” dando luogo ad un copione rigido e ripetitivo.

In Federico e in Maria sono lentamente emersi i racconti del loro essere stati figli e si è potuto così lavorare su quanto le identificazioni con i propri genitori siano entrate in gioco in modo inconscio nella relazione con Saverio. Le domande che Federico e Maria si rivolgono reciprocamente non sono che “domande non soddisfatte durante l'infanzia” ed il fatto di non essere stati a conoscenza di tale ripetizione inconscia spiega “la traumaticità” dei due coniugi atrofizzandone ogni potenzialità.

Se Maria si era sposata con Federico perché «lui aveva un rapporto stretto con la sua famiglia che a me piaceva e che sono arrivata ad invidiare», Federico si era preso a cuore questa ragazza più piccola «abbandonata dal proprio padre e rifiutata dalla propria madre»: i fantasmi del proprio generazionale hanno popolato il loro universo psichico

influenzando irrimediabilmente le loro decisioni¹⁶. La tendenza a ricreare nella coppia una situazione antica è tanto più forte quanto più è offuscata e l'inconscio sposta i conflitti dei genitori sui figli: prima ancora di nascere, Saverio in quanto primo ed unico figlio sopravvissuto, è stato investito come scacco della coppia fino a ribaltarsi nel suo dissidio, una volta disintegrato il piano immaginario e ceduto il passo all'imperfezione del corpo. Nel concorrere delle istanze su cui si fondano le numerose contraddizioni e asimmetrie dell'unione, la separazione dei fantasmi del figlio dai fantasmi dei genitori risulta essere l'atto di verità dove Federico e Maria possano responsabilizzarsi della propria storia.

È stato proprio in una delle ultime sedute prima della pausa estiva che Maria ha potuto formulare il desiderio di iniziare una psicoterapia individuale (dopo anni di rifiuti e di resistenze), alla radice di una possibile implicazione soggettiva nel trauma della sua maternità ferita. «Ho capito che certe cose, aldilà del rapporto con Federico, riguardano solo me, anche e soprattutto rispetto a mio figlio». Questo iperinvestimento sul figlio, come fosse il centro del proprio mondo, come se la gravidanza, simbolicamente, non fosse mai terminata è qualcosa su cui Maria può iniziare ad interrogarsi; il modo in cui questa madre ha elaborato la disabilità in un modo fantasmatico ha finito per essere comune anche a suo figlio.

Ripartire da questa falla potrebbe svincolare Saverio dal copione di “pinocchetto inautentico” (l'espressione è presa in prestito da Enrico Montobbio), cioè dall'incarico scomodissimo che si è assunto, comandato da una volontà che non è la propria e robotizzato a soddisfare ad oltranza il desiderio dell'Altro pur di non perderne l'amore¹⁷.

Daniela Mallardi

Psicologa e Psicoterapeuta ad orientamento psicoanalitico

Note

1. Freud S., *Lettere a Wilhelm Fliess (1887-1904)*, tr. it. (a cura di) Massimello M. A., Bollati Boringhieri, Torino, 1985
2. Paris A., Buzzetti G., *Il trauma, un'idea archetipica*, in «Quaderni di Psicologia Archetipica, Il linguaggio della psiche», Portofranco, L'Aquila, 2012, pp.89-108
3. Pagliardini A., *Psicoanalisi della disabilità. Conversazione con Franco Lolli*, 21 luglio 2016, <http://www.psychiatryonline.it/node/6349>
4. Lolli F., *Il disabile "fuorilegge"*, in «Lettera, Rivista di clinica e cultura psicoanalitica. Psicoanalisi e legge», (a cura di) Associazione Lacaniana Italiana di Psicoanalisi, Et Al., Milano, n.2-2012, pp.111-116
5. Mannoni M., *Il bambino ritardato e la madre*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992, p. 26
6. Villa A., *La mano nel cappello, Psicoanalisi ed handicap grave*, Stripes, Rho (Mi), 2009, cap. I
7. Husserl E., *Meditazioni cartesiane*, (a cura di) Natalini E., Armando, Roma, 1999
8. Monti Civelli E., *La socializzazione del bambino non vedente*, Franco Angeli, Milano, 1983
9. Lolli F., *L'ingorgo del corpo. Insufficienza mentale e psicoanalisi*, Franco Angeli, Milano, 2004
10. Villa A., *Handicap e soggettività*, in *Mente e inconscio nella disabilità intellettuale*, (a cura di) Lolli F., Pepegna S., Sacconi F., Franco Angeli, Milano, 2009, pp.11-27

11. Lolli F., *Il disabile "fuorilegge"*, in "Lettera, Rivista di clinica e cultura psicoanalitica. Psicoanalisi e legge", (a cura di) Associazione Lacaniana Italiana di Psicoanalisi, ibidem
12. Rodriguez M. T., *Il bambino affetto da insufficienza mentale*, in *Disabilità mentale e istituzioni. Riflessioni sulla presa in carico*, (a cura di) Lolli F., Pepegna S., Sacconi F., Franco Angeli, Milano, 2009, pp. 13-28
13. Villa A., *La mano nel cappello, Psicoanalisi ed handicap grave*, ibidem
14. Pontiggia G., *Nati due volte*, Feltrinelli, Milano, 2002
15. Di Ciaccia A., *Come stanno tra di loro un uomo e una donna?*, 2 ottobre 2012, <http://www.lapsicoanalisi.it/psicoanalisi/index.php/per-voi/rubrica-di-antonio-di-ciaccia/98-come-stanno-tra-di-loro-un-uomo-e-una-donna.html>
16. Lemoine G., Lemoine P., *Lo psicodramma. Moreno riletto alla luce di Freud e Lacan*, Feltrinelli, Milano, 1973, pp.240-245
17. Montobbio E., Lepri C., *Chi sarei se potessi essere. La condizione adulta del disabile mentale*, Del Cerro, Pisa, 2000



Il corpo come palcoscenico della sofferenza: un caso clinico

Introduzione

In questo articolo si descriverà il trauma non elaborato psichicamente e si dimostrerà quanto possa impattare sulla salute sociale, fisica e mentale dell'individuo, causando forme di autodistruzione. Il trauma può essere associato al concetto di risomatizzazione, di Krystal (1988), che porta l'individuo a perdere l'integrazione di sé, a regredire affettivamente e a inibire le funzioni di auto-cura.

Secondo il concetto di stress aspecifico di Selye (1973), il trauma provoca un sentimento di fallimento che blocca le usuali reazioni di allarme che permettono di reagire in modo funzionale. Dunque, la presenza di uno stress costante ed eccessivo, può provocare nell'individuo una compromissione generalizzata.

Il tema del trauma verrà descritto percorrendo tutti i passaggi di un caso clinico che ho trattato presso il CSM dove ho svolto il mio tirocinio di specializzazione come psicoterapeuta ad orientamento analitico. In particolare, quello che esporrò oggi è stata la mia prima esperienza di psicoterapia come analista in supervisione e nella relazione terapeutica emergono anche una serie di vissuti relativi a questa mia condizione. L'inganno cartesiano del dualismo mente-corpo (1644) ci confonde e ci distrae dalla dimensione clinica della cura della persona nella sua interezza (Baker, 2007). Un approccio olistico alla sofferenza (Vito A, 2014; Lazzari D. 2007), che si contrappone al riduzionismo, prevede l'ascolto e l'accoglimento delle questioni che ogni paziente porta con sé. Lo psicologo in ambito ospedaliero deve assumere una funzione di sostegno al malato e alla sua famiglia, utilizzando la cultura della tecnicità (Solano, 2001). Dunque, non si focalizza più l'attenzione sul mero sintomo, ma si adotta un modello multi-causale, secondo cui per ogni patologia possono essere responsabili diverse cause: biologiche, psicologiche, sociali, stiamo parlando del modello bio-psico-sociale di Engel (1977). In questo caso clinico si intrecciano storia personale e familiare, transgenerazionale e identità femminile, la sofferenza si palesa di fronte ad una terapeuta alle prime armi che è allo stesso tempo spettatrice e curatrice attraverso la liturgia analitica.

Concetto di trauma

Il trauma rappresenta un concetto molto complesso, in quanto può derivare da diverse variabili e possiede una duplice accezione. Il termine deriva dal greco τραῦμα (-ατος) e significa letteralmente «ferita», trova le sue origini nell'ambito medico-chirurgico, con l'intento di indicare una lesione di un organo dovuta ad una causa esterna che provoca dolore. Solo in un secondo momento trova una differente accezione nel mondo psichiatrico e psicologico, riferito all'effetto sconvolgente e disorientante che un evento

improvviso e molto negativo può indurre nell'individuo. Il trauma può limitare il funzionamento della persona (Zennaro A. 2011), provocando reazioni incontrollabili, modificando i meccanismi di difesa utili con le difese patologiche (Bessel A. et al. 2004), privando l'individuo degli strumenti con cui solitamente fa fronte alle difficoltà.

Molti sono gli studiosi che l'hanno analizzato per comprendere le conseguenze che questi eventi hanno sul corpo e sulla mente.

Tra i precursori dello studio del trauma psicologico, inteso come evento non assimilabile e disturbante per l'equilibrio mentale, abbiamo Charcot (1897) e Janet (1898).

Charcot, neurologo francese, coniò il termine isteria traumatica, indicando un'associazione tra la paralisi corporea e un forte shock, mettendo in crisi la ferma convinzione che a un sintomo fisico fosse legata sempre e solo una lesione organica.

Janet, filosofo e psichiatra francese, in seguito indica una stretta connessione tra gli eventi della vita passata di un individuo e i sintomi traumatici, rimanendo tuttavia dissociati dalla consapevolezza. La dissociazione dagli eventi passati è possibile grazie alla differenziazione dei livelli funzionali della nostra mente (teoria che divenne modello delle attuali teorie psicotraumatologiche), che separano le esperienze psichiche, provocando inevitabilmente una sintomatologia dissociativa, quella che poi in seguito Freud (1925) definirà come «il materiale rimosso inconscio».

Questi autori concludono il loro pensiero ritenendo che un evento diventa effettivamente traumatico nel momento in cui l'individuo lo elimina dalla coscienza. Dunque, l'evento non potrà più essere controllato attraverso una consapevolezza attiva, ma verrà “regolato” arbitrariamente dall'inconscio.

Lo stress che gli eventi negativi comportano, specialmente se sono frequenti, induce negli individui dei cambiamenti fisiologici. La psiconeuroimmunologia e la neuroimmunomodulazione hanno dimostrato che vi sono delle alterazioni ormonali causate dallo stress che, a loro volta, alterano la sintesi e la liberazione di citochine da parte dei leucociti (Glaser et al., 1999). Tuttavia, queste alterazioni possono dipendere dalle modalità di *coping*, inteso come capacità di affrontare un evento. L. Temoshok, (1985, 1987) suddivide tre modalità principali: regressiva (totale negazione di responsabilità e auto-svalutazione), trasformativa (assenza di frammentazione, il sintomo si colloca solo ad un aspetto della persona, buona capacità di affrontare lo stress), *coping* di tipo C (disconoscimento dei propri bisogni e dei propri problemi, per concentrarsi solo su quelli degli altri, scarsa espressione delle proprie emozioni (soprattutto quelle aggressive), con risposta fisiologica maggiore di quella verbale). Analizzando le dimensioni che caratterizzano lo stile di *coping* di tipo C, si può indicare che predispone e antecede l'individuo ai tumori. Le cause di queste dimensioni si possono ipotizzare attraverso due componenti: quella comportamentale, di ritardo nella ricerca di cure mediche; psicobiologico, nella mancata risoluzione della risposta allo stress attraverso

l'attenzione cosciente. Per tutti questi motivi, si ritiene importante prendere in carico il paziente, valutando non solo i sintomi fisici e le loro cause, ma analizzando anche le loro aspettative e le loro risorse per affrontare l'evento traumatico.

Riflessioni su setting di intervento: è possibile una psicoterapia analitica nelle istituzioni?

In ogni percorso terapeutico che si voglia porre in essere vi sono alcuni elementi principali che vanno analizzati e progettati tenendo conto del contesto entro il quale si opera partendo dalla fase iniziale di assegnazione per arrivare all'esito del trattamento stesso. L'oggetto di intervento della psicologia clinica è la relazione individuo-contesto e l'obiettivo è sviluppare le capacità di produzione e scambio del paziente, ma per fare ciò bisogna valutare sia le risorse del contesto in cui si opera, sia del paziente e del contesto in cui si avvia la relazione terapeutica, valutando eventuali eventi critici e strutturando ipotesi strategiche. La funzione dello psicologo, dunque, non si esaurisce nella presa in carico del paziente, ma si estende alla comprensione della relazione tra il committente e il mandato sociale. Quest'ultimo dovrà essere analizzato in modo critico, in quanto inevitabilmente la cornice di riferimento, che deve essere integrata con gli obiettivi e le risorse del contesto (Carli R., Paniccia M.R., 2003).

Con l'avvento della legge 180, del 1978, si è assistito alla realizzazione di una rete di servizi territoriali dove gli psicologi e gli psichiatri forniscono agli utenti un tipo di intervento che comprende l'utilizzo del trattamento psicoterapeutico. Dunque, sin dalla loro creazione all'interno dei servizi territoriali pubblici si attua psicoterapia; nonostante ciò i rapporti tra istituzione e setting psicoterapeutico non sono semplici. Il problema che incontrano le istituzioni che si occupano di salute mentale è il far fronte a un ingente carico di richieste disponendo per lo più di fondi limitati, ciò produce ovviamente difficoltà nel rispondere in maniera efficace alla molteplicità delle richieste di intervento che hanno spesso caratteristiche d'urgenza. L'istituzione quindi diviene sia cornice della relazione terapeutica sia elemento che influenza il lavoro effettuato all'interno di questa stessa; per questo motivo l'istituzione tende ad irrompere nel setting complicando il lavoro clinico. Il contesto ospedaliero è molto complesso ed entra in collusione con la relazione terapeutica, dunque il professionista dovrà guardare oltre la relazione diadica psicologo/paziente e analizzare tutti i contesti relazionali che si costruiscono all'interno dell'istituzione. Ad essere influenzata è specialmente la dimensione temporale del setting che deve adattarsi alla cornice ospedaliera (Grasso M. 2010). All'interno delle istituzioni pubbliche si assiste infatti spesso alla messa in atto di deroghe al setting tradizionale per diversi motivi; capita di non poter mantenere stanze ed orari sia per l'ingente carico di utenza che rende impossibile mantenere a tutti lo stesso appuntamento, sia perché le strutture spesso hanno spazi ristretti per diversi operatori per cui i terapeuti sono costretti a ruotare nelle stanze tenendo conto anche

dei turni lavorativi tra colleghi. Tutto ciò viene ulteriormente complicato dall'esigenza di dover rispondere a situazioni d'emergenza (ad esempio l'urgenza di risposta che richiede una telefonata effettuata al 118); tale assetto entra a fare parte inevitabilmente della relazione terapeutica, al cui interno l'istituzione viene a costituirsi come terzo polo, facendo sviluppare nel paziente pensieri, sentimenti, vissuti relativi ad essa; situazione meglio nota come transfert istituzionale. (Menarini, Neroni, 2006)

Definire e strutturare un setting significa creare un campo mentale entro cui si svolge il lavoro psicologico dando la possibilità al paziente di uscire dal proprio caos esistenziale, reinterpretando le vicende personali a partire dai propri bisogni per instaurare un pensiero nuovo. Un luogo in cui ciò che avviene al suo interno possa essere pensato emozionalmente e dotato di senso (Di Blasi M., Lo Verso G. 1995) L'analisi della domanda, costituisce l'atto fondativo del setting, i cui obiettivi sono ancora sconosciuti al paziente che, in un primo momento, accetta l'intervento per necessità e per un atto di fiducia nei confronti dello psicologo. Il setting è quell'ambiente adatto alla cura delle persone poiché passa attraverso la cura della relazione; il concetto di relazione nella psicoterapia è sostanziale, poiché è la relazione che diviene terapeutica.

L'istituzione è come spiegato la cornice esterna del setting analitico; lo contiene.

Ferro (1996) definisce il setting ripartendolo in vari aspetti quali: setting come l'insieme di regole formali; in quest'ottica esso rappresenta l'insieme di regole o di condotte che, poste in essere, prefigurano la situazione psicoanalitica. «Il setting è il frutto di un precipitato di esperienze che si è venuto a configurare e a stabilizzare a partire dalle modalità di lavoro, e anche dalle esigenze personali che Freud aveva via via strutturato come le più adeguate a consentire lo svolgersi della terapia psicoanalitica»¹. Questa prima accezione a cui facciamo riferimento comprende la sistematizzazione della stanza, le modalità d'incontro, la regolarità delle sedute, la loro durata e così via: ha quindi una sua fisiologia che riguarda il contratto, le abitudini soggettive, l'onorario, gli annullamenti degli incontri e tutto quello che accade o può accadere tra il paziente e l'analista.

Il setting come assetto mentale dell'analista: «La vita mentale dell'analista ha delle oscillazioni proprie che derivano dal gioco delle sue fantasmaticizzazioni ed oscillazioni della mente; la stessa creatività dell'analista è una funzione di tale oscillazione. Non di rado inoltre l'assetto mentale dell'analista, se questi è permeabile agli stati emotivi del suo paziente, varia in funzioni delle identificazioni proiettive che si trova ad accogliere e a trasformare» (Ferro A., 1996 in Di Chiara², 1983; Brenman-Pick, 1985³).

Il setting come rottura del setting: non c'è niente che metta in crisi l'analista quanto sentire poste in discussioni puntuali certezze, molte delle quali sono basate sul puntuale rispetto del setting. Questo modo di pensare ha però troppo spesso fatto perdere di vista come le rotture del setting da parte del paziente abbiano una vivida forza comunicativa, a condizione che ci sia la disponibilità a considerarle sotto questo aspetto

(Ferro, 1996, p151).

Nell'accezione classica *set* e *setting* sono indistinti e rappresentano il contesto all'interno del quale avviene l'incontro tra due o più persone. Attraverso la ricerca gruppo analitica si è voluto in qualche modo differenziare il *setting* dal *set* al fine di focalizzare meglio la dinamica della relazione.

Il termine *set* fa propriamente riferimento sia alla cornice, al contesto ambientale, fisico, pragmatico in cui si svolge il colloquio, sia all'insieme di regole implicite ed esplicite che caratterizzano il contesto clinico; «Il set è la struttura affettiva temporale che traduce le aspettative in ruoli connessi all'identità personale[...] il set terapeutico è un luogo di confine tra la strategia del trattamento e psicoterapeutico e il set del paziente» (Profita, 1997)⁴. Con il termine *set* si intende come detto la realtà concreta e materiale dell'incontro; tutto quello che fa riferimento al contesto della consultazione; come il tempo e lo spazio: dove e come il conduttore riceve il paziente: una volta alla settimana, due volte la settimana; sempre nello stesso giorno o orario, oppure in giorni e orari variabili; per quanto tempo, se c'è un onorario oppure se il terapeuta non viene pagato; che tipo di contratto è stato stabilito e quali sono gli obiettivi da raggiungere, concordati con il paziente.

Il set dovrebbe essere per quanto possibile invariato, ciò vuol dire tendere alla stabilità garantita dal luogo, giorno, orario in cui si svolgono gli incontri; la stabilità aiuta a gettare le fondamenta per lo sviluppo di una relazione terapeutica proficua, facendo sentire a proprio agio il soggetto in modo che si fidi di chi ha di fronte e sia maggiormente disposto a parlare di sé.

L'invarianza del set non è realizzabile in tutti i contesti; ritornando a far riferimento alle istituzioni pubbliche possiamo renderci conto dei problemi legati alla penuria di operatori e di luoghi adatti dove svolgere i colloqui psicoterapici a fronte di un numero sempre maggiore di richieste d'aiuto.

Il set deve inoltre essere il più neutro possibile poiché il paziente deve potersi “*accomodare*” con il corpo e con la mente nel luogo in cui avviene il colloquio. Porre all'interno della stanza oggetti o figure che possano infastidire o evocare, più o meno esplicitamente, pensieri, reazioni o comportamenti, farà perdere di vista al conduttore il motivo reale per cui il soggetto ha portato nel colloquio una specifica tematica, piuttosto che un'altra. Dobbiamo infatti tenere sempre a mente che la psicologia clinica è una disciplina estremamente complessa perché influenzata da un numero decisamente vasto di variabili.

Con il termine *setting* invece si indica la messa in scena, l'azione. Il termine *setting* come anticipato implica nel suo significato un movimento, un'azione; il *setting* muta continuamente ad ogni incontro sulla scia di ciò che viene portato all'interno della relazione; esprime quindi il contenuto dell'incontro, il suo senso profondo ed è modificato anche dalle caratteristiche del conduttore e del soggetto. Attraverso la

compenetrazione di entrambi gli aspetti nasce e si sviluppa la relazione terapeutica. Potremo ora prendere in considerazione l'esempio di una psicoterapia relativa ad una paziente presentatasi presso il CSM di Via Boccea nel corso dell'anno 2007/ 2008.

Ingredienti della relazione terapeutica

La relazione terapeutica è il mezzo attraverso cui è possibile conoscere e rendersi conto dell'unicità e diversità delle persone che abbiamo di fronte; è questo quindi lo strumento ed il metodo principe di conoscenza-intervento della psicologia clinica; trae ispirazione e origine dal modello relazionale medico-paziente, ma in realtà sviluppa caratteristiche sue proprie tali che la psicologia tende a considerarla una modalità propria ed irripetibile. (Menarini, Neroni, 2006, p 50)

La relazione terapeutica è inoltre la lente che deve essere indossata durante un colloquio clinico, è il filtro che rende possibile la visione dell'altro, che ci fa attori e non spettatori passivi. Sia il conduttore che il soggetto sono allo stesso tempo modificati dalla presenza di questa lente.

La comprensione, la valutazione e l'intervento psicoterapeutico devono mirare ad una trasformazione delle modalità esperite all'interno dei sistemi relazionali umani, tale scopo è perseguibile solo nel momento in cui si crea la possibilità di istituire e utilizzare uno spazio relazionale "altro", cioè al di fuori dell'agire quotidiano, al fine di ricostruire dinamiche emozionali, cognitive e percettive che l'individuo possa riconoscere come alternative a quelle che lo hanno accompagnato e con le quali ha imparato a identificarsi nella propria vita. I punti cardine che vengono a delinearsi in una relazione terapeutica sono senza dubbio quelli che si generano nei suoi attori. Per quanto riguarda il paziente, il suo apporto alla relazione sarà il frutto del bagaglio personale che porterà con sé, e quindi la sua storia e la sua personalità che verranno attivate nel rapporto attuale con lo specialista. Dal punto di vista del clinico, invece, la relazione sarà determinata dalla risonanza emozionale e dalla riflessione che seguirà le parole del paziente, procedente in un percorso di analisi sempre più complesso. Per ottenere un risultato del genere o meglio, per avvicinarsi a quello che idealmente esso dovrebbe rappresentare, occorre muoversi in una direzione ben precisa, seguendo un percorso chiaro e definito, il setting, nel quale non basta conoscere bene quelli che sono i segnali che porteranno alla destinazione, ma anche unire alle competenze, alle conoscenze di base, all'assunzione di responsabilità. Gli "ingredienti" necessari a strutturare una buona relazione con il paziente ed a stabilire un'alleanza terapeutica sono sia formali: gli elementi della tecnica terapeutica, sia emozionali e relazionali: lo "stare con" il paziente.

Potremmo annoverare tra gli aspetti costitutivi della relazione terapeutica non solo le interpretazioni, chiarificazioni e tutti quegli interventi volti a favorire l'emersione dell'*insight* e della consapevolezza dei propri processi; ma anche, e soprattutto, l'essere con il paziente, ascoltare, non solo con le orecchie ma anche con la "pancia", la sua

sofferenza, rimanere in silenzio, accogliere il suo pensiero, “essere il paziente”, sentire quello che lui sente, riuscire a comprendere e compenetrarsi in lui; non attraverso una conoscenza di tipo storico-anamnestic, ma cogliendo il suo stile relazionale all'interno della dinamica del contro-transfert. Tali ingredienti, però devono essere sapientemente mescolati per creare una relazione che sia effettivamente terapeutica solo in questo modo essa può ri-organizzare il mondo interno del paziente.

Anche il terapeuta stesso è coinvolto in tale processo; dunque ogni incontro con un paziente porta ad un'ulteriore riorganizzazione di noi stessi.

Nella relazione tra i due poli del colloquio giocano alcune particolari dinamiche definite da Trentini (1995)⁵ come segue: voyeuristica, autocratica, oracolare, angelistica.

Nel primo aspetto l'intervistatore può cercare di esplorare l'interlocutore, di esaminare il suo intimo, tentando di rimanere sconosciuto all'intervistato. Se tale dinamica spera una certa soglia critica di tollerabilità l'interlocutore potrebbe percepire il colloquio come intrusione indiscreta del proprio mondo generando così spirali di ansia rilevanti.

Nell'aspetto autocratico l'intervistatore tende ad avere un controllo decisamente maggiore rispetto a quello dell'intervistato, tale componente è sempre presente ma potrebbe esserlo in misura quantitativamente differenziata. Di conseguenza il dinamismo autocratico comporta che l'interlocutore tende a sua volta a controllare la situazione, generando nel clinico sensi di colpa per la troppa autorità esercitata, arrivando il controllo del colloquio stesso: rovesciamento dei ruoli, irrigidimento dell'intervistatore.

L'aspetto oracolare -il fare l'oracolo- può essere aumentato in diversi casi (rapporto medico-paziente, consulente-manager, insegnante-allievo ecc.) qualvolta si strutturi qualche pur minima aspettativa taumaturgica e miracolistica superiore alle reali possibilità e capacità dell'attore che si trova a gestire il ruolo di intervistatore

In ultimo l'aspetto angelistico, pur essendo normalmente operante in ogni caso, emerge come scontato ed implicito ogni volta che il ruolo dell'intervistatore è strutturalmente disegnato per aiutare l'interlocutore: scattano allora le norme di disponibilità, le sollecitazioni a rispondere ai bisogni del soggetto. Questa dinamica è di tipo complementare a volte è lo stesso interlocutore che ricerca l'atteggiamento angelistico e che rimane deluso se non lo trova. (Trentini, 1995, pp. 38-40)

L'incontro analitico: assegnazione del caso e nascita di una terapeuta

C. 52 anni; arriva al servizio nel novembre del 2006, si rivolge a questo centro per motivi depressivi quali insonnia, pianto, tremori, apatia, incapacità ad affrontare la vita quotidiana, i sintomi si sono aggravati in seguito a un carcinoma mammario. La signora viene assegnata in un primo momento ad uno psichiatra. (*“Assegnare”*, che brutta parola! Come se le persone fossero pacchi che si assegnano a destinatari ignari). Il medico le prescrive una terapia farmacologica a base di antidepressivo che potrà senz'altro darle

giovanamento, inoltre la seguirà periodicamente per tutto il tempo necessario di somministrazione della cura.

La signora è coniugata dal 1980 con il marito che conosce sin dalla adolescenza, ha due figlie una di 19 e una di 17. La sua famiglia di origine è composta dal padre di 85 anni, pensionato, due fratelli di cui il maggiore 58 anni affetto da schizofrenia; la madre è deceduta nel corso dell'anno 1982 all'età di 53 anni per carcinoma mammario. La paziente dopo tale evento non ha più rapporti con il padre ed i fratelli.

Lo psichiatra si mette in contatto con la specializzanda psicologa per affidarle il caso clinico in questione. La dottoressa, acquisite tutte le informazioni e precauzioni necessarie si metterà in contatto con la signora per comunicarle la possibilità di usufruire di colloqui psicologico terapeutici.

Diario di bordo: inizia la relazione terapeutica

Dicembre 2007

La paziente viene contattata telefonicamente dalla psicologa, la quale si presenta ed in seguito le comunica l'opportunità di usufruire dei colloqui di sostegno e che sarà lei stessa a seguirla. La paziente si mostra favorevole; viene così concordato un appuntamento.

Il primo incontro con la terapeuta

La signora si presenta al colloquio puntuale, trascurata nell'aspetto fisico e nell'abbigliamento, all'osservazione è evidente un rallentamento psicomotorio, il tono della voce è basso e tremante, il tono dell'umore appare depresso con labilità emotiva.

La psicologa le comunica che sarà lei stessa a seguirla per alcuni colloqui di sostegno psicologico e le chiede poi di parlarle e raccontarle un po' di lei. La paziente riferisce per prima cosa il suo stato attuale di salute psicofisica: si sente stanca, dice di non farcela ad affrontare la vita di tutti i giorni. Poi racconta della morte della madre avvenuta nel corso dell'anno 1982, a causa di un tumore mammario; poi di seguito della sua asportazione nel corso dell'anno 2002 di un carcinoma mammario.

La madre viene descritta come una figura di riferimento importante, dalla sua morte lei non ha più rapporti con tutto il resto della famiglia, costituita dal padre e da due fratelli dei quali il maggiore affetto da schizofrenia.

La terapeuta prosegue chiedendole di raccontarle se stessa come persona; C. afferma di essere stata fin da bambina sempre molto timida, introversa e malinconica, i rapporti con il marito ed i figli sono definiti come buoni e in particolare parla di loro come figure importanti che la sostengono nel suo star male.

Vengono concordati altri due incontri prima del periodo natalizio per conoscersi meglio e nel mese di gennaio stabiliranno gli obiettivi di questo lavoro insieme, in quanto vi sono molti motivi di sofferenza che vanno esplorati ed è necessario stabilire quale sia il più importante allo stato attuale da cui iniziare.

Riflessioni:

Nel primo colloquio con un paziente si incontrano per la prima volta i due poli di un solo mondo che sarà poi la futura relazione terapeutica; si cerca di osservare e leggere qual cosa in più della persona con cui si dovrà lavorare e di cui il terapeuta dovrà prendersi cura.

Il primo colloquio non deve essere però considerato come il colloquio d'inizio trattamento; poiché si tratta in questa fase ancora di colloqui diagnostici valutativi. Inoltre, è importante avviare in questa fase dell'intervento un processo di riflessione sulla dimensione dell'invio da parte di terzi per poter riformulare la domanda di aiuto e le aspettative implicite nella richiesta (Grasso M. 2010)

È infatti necessario portare a termine alcuni colloqui valutativi, al termine dei quali, se ritenuto necessario, verrà proposto al paziente di proseguire il percorso iniziato attraverso dei colloqui psicoterapeutici volti al raggiungimento di obiettivi che il terapeuta ha posto in essere dopo aver concordato con il paziente un contratto terapeutico.

La prima cosa che è possibile osservare è che alla domanda della terapeuta di parlare di sé di descriversi la paziente risponde descrivendo la sua famiglia, la madre e la sua malattia; di lei stessa non riferisce quasi niente, come se non riuscisse affatto a percepirsi svincolata da ciò che è il suo contesto di riferimento. La paziente dunque sembra essere consapevole della sua situazione esterna, ossia dell'ambiente che la circonda e degli eventi che le sono capitati, tuttavia si ipotizza che non abbia ancora una buona consapevolezza di sé, mettendo sullo sfondo la propria autocoscienza. Si cerca, dunque di riportare all'attenzione il suo Sé, per iniziare a creare insieme una struttura che possa rappresentarla in modo funzionale (Perconti, 2011)

Colloqui valutativi

La paziente arriva sufficientemente curata, apparentemente più serena della volta precedente. Parlano del Natale; a tale proposito C. racconta che dietro l'indicazione dello psichiatra che la segue per la terapia farmacologica, ha tirato fuori le statuine del presepe che faceva da bambina e lo ha allestito da sola; questo, l'ha portata a pensare alla rottura con la sua famiglia d'origine, padre e fratelli. Emerge poi che è stata lei da sola a farsi carico della madre malata e che dopo la sua morte ha dovuto sostituirla nell'accudimento di suo padre, fino a quando il marito, accortosi delle sue precarie condizioni di salute, ha posto un freno a quella situazione così stressante. La paziente inizialmente dispiaciuta, in un secondo momento si è resa conto che il marito voleva solo tutelarla. La terapeuta cerca di farle comprendere la portata della perdita subita: sua madre, ma soprattutto che tale perdita non è potuta essere elaborata a causa delle responsabilità di cui è stata investita. Inoltre la frattura con la famiglia d'origine le provoca grande dolore che permane vivido in lei, nonostante siano passati molti anni. La rassicura poi dicendole che ha a disposizione questo spazio proprio per poter lavorare su questi aspetti e le rimanda di concentrarsi sulla propria famiglia nucleare poiché ambiente caldo e pieno d'affetto, venutosi a costituire in tale modo anche grazie al suo contributo. Si concorda un prossimo

appuntamento.

La paziente arriva al colloquio successivo puntuale, appare più serena ed il viso disteso, sempre trascurata nell'aspetto ma si nota una maggiore attenzione nella cura di sé. Il tono dell'umore pare sempre depresso ma senza labilità emotiva la voce è più ferma e vi è una maggiore disponibilità a parlare, riferisce che questa settimana è stata più serena, l'unico aspetto ansiogeno sono i farmaci, la sua giornata è scandita dalla loro assunzione e questo l'angoschia. Le viene rimandata la buona impressione avuta della terapeuta nel vederla apparentemente più serena. La paziente prosegue poi riferendo di essere contenta, che in questa settimana le è sembrato di star meglio; questi colloqui le fanno molto bene, dice che questa è la prima volta che parla davvero di sé e che affronta i suoi nodi problematici. La psicologa le fa allora presente che questo è anche merito della sua forte motivazione al lavoro psicologico ed a mantenere questo spazio come dedicato a lei e come suo.

La paziente prosegue aggiungendo che il merito è anche della dottoressa, che si trova bene con lei, la vede come una persona calma, accogliente, che sa ascoltare e questo la stimola ad aprirsi.

Il tema trattato nel colloquio è quello della sua sofferenza. La dottoressa le comunica che ci sono vari livelli su cui è possibile lavorare insieme: la sua femminilità, il suo ruolo all'interno della famiglia d'origine, la morte di sua madre, la rottura con il padre e con il fratello ed il suo stato di inadeguatezza rispetto alla sua famiglia nucleare.

La presenza di tanti nuclei problematici rende difficile la singola elaborazione di ognuno di essi, nonostante ciò la sua disponibilità e motivazione al lavoro psicologico sono elementi molto importanti per l'elaborazione di tali vissuti traumatici. Il colloquio viene concluso concordando una serie di colloqui psicoterapeutici volti all'indagine di tutte le problematiche evidenziate precedentemente; viene così stabilito un prossimo appuntamento per il primo lunedì dopo le vacanze di natale.

Riflessioni:

Analizzando questi primi colloqui valutativi si può evidenziare innanzitutto una buona motivazione alla terapia, sono inoltre stati individuati alcuni elementi su cui poter lavorare.

Quanto detto dalla paziente inoltre predispone positivamente per la costruzione di una proficua alleanza terapeutica.

I primi incarichi come psicoterapeuti possono generare grande difficoltà, oltre ad occuparsi della parte diagnostica in maniera accurata, ci sono tante cose a cui è necessario fare attenzione: arginare le eventuali manipolazioni da parte dei pazienti, stabilire e mantenere le regole del setting, essere, prima di tutto, educati e cortesi, poi accoglienti, comunicativi, pronti all'ascolto partecipato, distaccati ma non disinteressati, gestire gli attacchi al ruolo, cercare sempre di rimandare il senso e l'importanza che hanno gli incontri, rinforzare i tentativi da parte dei pazienti di porsi in una prospettiva diversa rispetto alle modalità disfunzionali. Nel caso specifico è molto importante fare attenzione al lutto non elaborato della paziente, in quanto Leon Grinberg (1990) ci ricorda che in ogni esperienza di rottura si produce una doppia perdita: quella

dell'oggetto e quella delle parti del Sé in esso depositate attraverso l'identificazione proiettiva. In questo modo secondo l'autore ad ogni lutto oggettuale soggiace un lutto del Sé. Dunque, se non si lavora sulla consapevolezza del sé della paziente, si potrebbe rischiare di rimanere fermi senza sviluppare occasioni di ricostruzione narrativa degli eventi.

Gennaio 2008

La paziente arriva a colloquio puntuale e abbastanza curata nell'aspetto anche se presenta sempre dei segni di trascuratezza del proprio aspetto fisico; appare più distesa, racconta di aver trascorso delle piacevoli vacanze di Natale in compagnia dei parenti e del marito si è sentita coinvolta da loro ed il suo umore è migliorato in particolare riferisce che gli episodi di irritabilità mattutina si sono attenuati. Dice di provare rabbia nel non riuscire a godere delle gioie della vita delle sue figlie e di suo marito è come se qualcosa la fermasse. La dottoressa le chiede se sia sempre stato così o meno, C. riferisce che è qualcosa che accade negli ultimi anni, le domanda ancora se è in grado di immaginare che ciò sia correlato a qualche evento particolare, la signora parla allora della mastectomia, del tumore, della menopausa indotta dai farmaci, dell'ernia, dell'ustione. La Dottoressa cerca di rimandarle come ovviamente tutto ciò abbia leso la sua identità femminile; quelli a cui fa riferimento sono vissuti complessi, dolorosi, difficili da esplorare ed elaborare; nonostante tutto è molto importante che ne parli in questo spazio perché è il luogo in cui fisicamente queste manifestazioni dolorose possono essere verbalizzate. La paziente si mostra favorevole e riferisce di soffrire di una particolare forma di dermatite che coinvolge la pelle di tutto il corpo; questa irritazione si acuisce nei momenti di maggiore sofferenza o rabbia. La dottoressa le fa quindi notare come l'irritazione cutanea sia in stretta relazione con il suo sentirsi irritabile: considerato che non può essere espressa in altro modo, la pelle diviene palcoscenico della sofferenza. È stato importante parlare di questo argomento ed insieme potranno esplorare e visualizzare questa irritazione emotiva. Si concorda successivo appuntamento stesso giorno stessa ora

Riflessioni:

Cominciano pian piano a costituirsi le basi di una relazione terapeutica; ora la paziente si fida della terapeuta, la considera una specialista, ma anche una persona cortese ed accogliente, che sa ascoltare e con cui è possibile parlare di sé, anche dei vissuti più dolorosi come quelli emersi all'interno di questo colloquio. È possibile notare una discrepanza tra emozione e manifestazione degli stati d'animo; questo aspetto genera rabbia e sofferenza nella paziente. Inoltre i vari problemi di salute fisica quali la mastectomia del tumore, la menopausa indotta dai farmaci, l'ernia, l'ustione hanno in primo luogo contribuito negativamente sulla sua salute psicofisica, ma non solo, hanno causato la progressiva perdita di controllo del proprio corpo. La paziente sembra non tenere in alcun modo conto della sua identità femminile: è sempre poco curata nell'aspetto fisico, non si tiene in considerazione come donna. Questa condizione conferma le ipotesi precedenti su una possibile scissione dall'oggetto sé. Inoltre, è

interessante considerare quanto il profilo della paziente si avvicini ad uno studio svolto da Becker H, secondo cui donne di età media di 50 anni, che hanno sviluppato un cancro prima dei 48 anni, presentano alcune caratteristiche comuni tra cui: la perdita di una persona emotivamente importante (come ad esempio un genitore), descrivono un clima freddo nella famiglia e una scarsa fiducia nei suoi componenti, inoltre presentavano carichi di responsabilità troppo precoci rispetto la propria età. Hanno, infine degli ideali che possono essere paragonati a donne “forti” che in realtà negano solo il tipico ruolo femminile e le conseguenze a livello corporeo, psichico e sociale.

Colloqui successivi

La paziente telefona per avvisare che per motivi di salute non potrà venire all'appuntamento, si concorda prossimo appuntamento.

La paziente arriva al colloquio puntuale e riferisce di essere stata molto male la settimana precedente a causa dell'influenza, per quanto riguarda il tono dell'umore non ci sono stati problemi, nonostante abbia saltato il colloquio. I contenuti emersi sono legati al vissuto della paziente rispetto al maschile ed al femminile: riferisce di sentirsi intimidita ed in soggezione a confronto con il sesso opposto (ad esempio con lo psichiatra che la segue per la terapia farmacologica), con le donne invece sente di potersi aprire, a questo punto porta nuovamente il vissuto di sofferenza e colpa rispetto alla sua famiglia d'origine; emerge che l'unica figura maschile positiva è quella del coniuge attraverso cui si sente protetta ed accolta e con il quale riesce ad aprirsi. La dottoressa chiede poi informazioni riguardo il problema dermatologico, sembra vada meglio anche se l'infiammazione è più forte nella zona intorno al seno, i vissuti relativi a tale problema non vengono approfonditi

La paziente arriva puntuale all'incontro seguente riferisce di essere stata visitata dal radio-terapeuta per il controllo della terapia antitumorale, in tale occasione emerge, contrariamente a ciò che le avevano comunicato, che dovrà continuare il farmaco fino al controllo successivo in Aprile; questa notizia la agita molto, ma nonostante ciò non riesce a verbalizzare il suo stato emotivo, durante il colloquio si sente mancare chiede di aprire la finestra e bere un bicchiere d'acqua. In seguito a ciò vengono esplorati i suoi vissuti relativi all'intervento, ripercorrendo tutte le tappe fondamentali. Riferisce di aver provato rabbia, dolore e senso di impotenza e di provarli ancora mentre racconta questi eventi; le viene rimandata l'importanza di prendere contatto con questi vissuti dolorosi. Racconta inoltre di non riuscirsi a guardare allo specchio, di vedersi brutta e trascurata ma di non riuscire al contempo a fare nulla per migliorarsi; la terapeuta risponde che tutti questi eventi devono averla segnata profondamente e che non avendo avuto il tempo ed il luogo per elaborare sono tutt'ora presenti; ora ha finalmente la possibilità di farlo mediante questi colloqui.

Febbraio 2008

La paziente arriva puntuale più curata nell'aspetto, per la prima volta si toglie il cappotto. Ad inizio colloquio racconta di aver trascorso una settimana tranquilla, il sonno è stato regolare, il tono dell'umore più stabile. Il tema principale del colloquio è il rapporto con le sue figlie. Lei si sente in colpa per non riuscire a gioire dei loro risultati universitari perché sente che ci sono cose più importanti come la sua malattia, però d'altra parte non vuole neanche dire loro lo stato in cui si trova perché desidera proteggerle dalla sua sofferenza. Durante il colloquio emerge che tali difficoltà sono legate al rapporto con la madre, che lei considera migliore; per lei la figura materna rappresentava tutto: madre, amica, sostegno, mentre non è lo stesso con le sue figlie poiché riconosce di essere troppo chiusa. La dottoressa le rimanda che ognuno agisce secondo la sua personalità ed in base a quello che sente, inoltre la porta a riflettere sul fatto che il rapporto che sua madre ha instaurato con lei, andava bene nel contesto della loro famiglia e non è detto che lo stesso possa adattarsi alla relazione della paziente con le sue figlie. La invita infine a trovare un modo di relazionarsi con le sue figlie che sia in sintonia con i suoi stati emotivi.

La paziente telefona per avvisare che è influenzata. Si concorda prossimo appuntamento.

La paziente arriva puntuale al colloquio, riferisce di essere stata visitata dallo psichiatra che la segue per la terapia farmacologia il quale le ha detto di frequentare il laboratorio di ginnastica dolce presso il centro diurno relativo al CSM. La paziente si è recata presso il centro diurno ma non si è trovata bene, poiché troppo lontano, riferisce inoltre di aver vissuto questa indicazione dello psichiatra come un'imposizione; la soluzione trovata è di frequentare lo stesso laboratorio ma presso il servizio stesso. Racconta poi di vivere male il rapporto con i farmaci e le cure, la dottoressa interviene allora facendole notare come non riesca a sentirsi padrona di se stessa e del suo corpo; la signora conferma questo anche se da un paio di mesi a questa parte dice di stare meglio e di sentirsi più serena.

Anche nel corso del colloquio successivo la paziente riferisce di essere più serena ed aperta; forse qualcosa se pur poco si sta muovendo. Parlano poi del suo inserimento all'interno del progetto riabilitativo elemento rispetto cui la paziente si ritiene soddisfatta, anche se all'inizio è stato vissuto come obbligo. Viene concordato un successivo appuntamento.

Marzo 2008

La paziente racconta che sta facendo la riabilitazione per il braccio lesionato nell'asportazione dei linfonodi, riferisce di sentirsi "handicappata", imprecisa, le sembra di non vedere alcun miglioramento; avere questi limiti suscita in lei rabbia, prima ha sempre fatto le cose in maniera precisa e non riuscendoci più non porta a termine

quello che inizia. Le viene rimandato che confrontarsi con i propri limiti è difficilissimo, soprattutto quando sono stati provocati da qualcosa di estraneo al suo controllo come la malattia e l'operazione subita, ma proprio per questo non deve sentirsi incapace e cercare piuttosto di prendersi cura di se stessa e cercare di combattere le sue difficoltà. La paziente afferma di vedere tutto nero ma la dottoressa le fa notare come insieme potranno cambiare questa sua prospettiva.

Nel colloquio successivo viene ripreso il tema della seduta precedente, quello del confronto con i propri limiti, la paziente asserisce di non riuscire a rapportarsi con questo vissuto di inadeguatezza interna. La terapeuta le domanda allora da dove ipotizza possa derivare ciò, Concetta risponde affermando possa essere correlato al suo sentirsi ed auto definirsi "Bambina ubbidiente", da questa frase si inizia a parlare del rapporto con la madre. Quella della paziente è descritta come una madre perfetta che si sostituisce alla figlia in ogni ambito, tanto da non permetterle di sperimentare se stessa. Questa figura genitoriale interiorizzata è il suo modello interno a confronto del quale si sentirà sempre sempre inadeguata. Il colloquio termina con la richiesta da parte della terapeuta di riflettere su quanto detto a proposito della figura materna.

Si continua a lavorare nel tema dell'accettazione dei propri limiti e del lasciarsi aiutare, la paziente racconta di aver provato a stirare ma di non avercela fatta e di aver avuto per questo motivo una crisi di pianto. Riferisce di provare rabbia verso se stessa che e di sentirsi inutile. Le rimandata la sua propensione alla sfida con sè e come questo non le sia d'aiuto; la sua vita è cambiata radicalmente ed è doveroso accettarlo, ma è altrettanto importante che non testi eccessivamente su di sè questa novità.

Aprile 2008

La paziente comunica che non verrà all'appuntamento. Viene così svolto un colloquio telefonico con la paziente che avvisa la terapeuta di essere bloccata con la schiena, la dottoressa le augura di ristabilirsi al più presto e le dà appuntamento dopo due settimane sempre alla stessa ora.

Maggio 2008

La paziente arriva puntuale e più curata del solito, ha tagliato i capelli, riferisce che nonostante il brutto colpo alla schiena è stato un periodo sereno e che si sente meglio. Si è subito attivata per spostare la fisioterapia al braccio perché sente che è qualcosa che la fa stare meglio. La dottoressa rafforza questo suo momento di positività sottolineando come per la prima volta si sia presa cura di se stessa senza essere spronata da nessuno. La paziente porta a questo punto un contenuto nuovo: il suo bisogno di contrastare i familiari. Sente di doversi imporre con loro, ma poi se ne pente, le viene rimandato che questo è comunque un suo bisogno che va ascoltato e che rappresenta un elemento di novità rispetto al suo senso di inadeguatezza ed ai sentimenti di autosvalutazione. Viene

proposto di lavorare su questo tema. La paziente conclude affermando di sentirsi meglio e ne attribuisce il merito alla terapeuta la quale le restituisce di imparare a riconoscere i suoi passi avanti.

Nel colloquio successivo la paziente arriva inaspettatamente in ritardo, è sconvolta racconta con un pianto soffocato che al controllo oncologico le hanno scoperto un addensamento al seno opposto rispetto a quello a è stata operata, ora dovrà rifare esami di accertamento molto dolorosi, è carica di angosce e paure, dice che le è crollato il mondo addosso, come se tutti i controlli fatti ed i farmaci assunti da cinque anni a questa parte non fossero serviti a nulla. La terapeuta le rimanda l'importanza di esprimere tali vissuti ed inoltre la incita a non identificarsi con la sua malattia ma a lottare contro di essa assumendo un ruolo attivo nell'affrontare tali eventi pur rendendosi perfettamente conto della gravità del problema e sentendo la sua difficoltà e sofferenza. Si conclude il colloquio dando la possibilità alla paziente di un altro appuntamento all'interno della stessa settimana, è incerta, non sa se verrà, la dottoressa le dice di non decidere ora e di avvisarla il giorno stesso qualora non si presentasse.

La paziente arriva puntuale e curata, appare serena mi racconta di aver effettuato tutti gli esami necessari, e di averli vissuti in maniera meno angosciante, suo marito è stato con lei, ci sono state crisi di pianto e di insonnia transitoria ma tutto sommato ha affrontato bene questa difficile situazione. La terapeuta le rimanda quanto sia importante che si riconosca l'assunzione di un ruolo più attivo nella gestione della cura di sé ed anche la possibilità di accettare l'aiuto degli altri senza viverlo come una svalutazione per sé. Aspetterà i risultati delle analisi per la settimana prossima.

Giugno 2008

La paziente arriva puntuale e curata, riferisce che i risultati degli esami sono negativi e non dovrà sottoporsi a nessun intervento, racconta inoltre di essere stata più serena, anche se si ritiene una persona troppo fragile ed incline a deprimersi qualsiasi cosa. La terapeuta le rimanda invece come non stiano affatto così le cose, come lei sia una donna forte che ha dovuto sopportare molti dispiaceri e sofferenze e che nonostante questo è riuscita ad andare avanti e a prendersi cura di sé, è semplicemente umana, le emozioni che prova sono legittime. La paziente si ritiene pienamente soddisfatta e serena grazie a questi colloqui afferma che da quando ha iniziato va già molto meglio anche grazie alla sua psicologa molto brava. È necessario anche che riconosca il suo ruolo all'interno di questo spazio e che lavori sul fatto che tende ad essere molto severa con se stessa e che non riesce a riconoscere i passi avanti che fa.

Nel colloquio seguente la paziente riferisce di sentirsi meglio e più leggera e meno cupa e questo si riflette anche a livello posturale finalmente ha la testa alta. Parla delle figlie e del rapporto con loro, cerca di non coinvolgerle nelle sue vicende mediche. Da qui viene riaffrontato il rapporto con la madre che la paziente stessa definisce “fusionale” Questa

tematica verrà affrontata anche nei prossimi colloqui

Nel colloquio successivo la paziente comunica che quella sarà l'ultima volta che si vediamo prima delle vacanze estive perché ha deciso di accettare l'invito della suocera a passare il mese di giugno al mare insieme a tutta la famiglia del marito. La terapeuta le rimando che è importante che abbia preso questa decisione di aprirsi e di accettare l'invito della suocera e la invita a fare il punto della situazione dopo otto mesi di trattamento psicologico.

La paziente afferma di sentirsi più serena, sono migliorate le capacità motorie ed affettive, anche la capacità di concentrazione mostra miglioramenti come anche le azioni finalizzate; il tono dell'umore è meno orientato sul versante depresso, permangono, anche se attenuate le difficoltà di nell'addormentarsi ed i risvegli notturni. La paziente parla però anche di sentimenti di rabbia che prova in maniera molto evidente in particolar modo la mattina; si sente irritabile, tale irritabilità è una sensazione fisica che si esprime in comportamenti di rimprovero verso le figlie ed il marito anche per motivi che lei stessa definisce irrilevanti come per esempio la collocazione degli oggetti. È consapevole di come tale comportamento possa essere sgradevole e che una volta messo in atto le provoca risentimenti; nonostante ciò non riesce a controllarsi; la psicologa le comunica che questa rabbia è venuta fuori ora poiché i sintomi depressivi si sono attenuati e attraverso la terapia sta acquistando la capacità di ascoltarsi, ora è importante che la rabbia venga canalizzata in maniera diversa per poi indagarne cause. Prima di congedarsi le propone di tenere un diario di auto osservazione dove appuntare tutti gli eventi che ritiene significativi. Concetta riferisce di non voler fare come suo solito la “brava bambina” che prende un impegno e lo porta avanti per senso del dovere; quindi scriverà sul diario quando ne sentirà la necessità. Questa decisione è molto importante, ha compreso il senso di questi colloqui e sta imparando ad ascoltare le sue esigenze. Si scambiano i saluti dandosi appuntamento per il mese di settembre.

Settembre 2008

La paziente arriva puntuale e curata, si presenta all'osservazione con uno status psichico nella norma, riferisce di aver passato l'estate al mare ed in campagna, i sintomi si sono attenuati sensibilmente: il sonno è più regolare il tono dell'umore non è più francamente depresso la paziente dice di sentirsi più “aperta e leggera”. Questo miglioramento ha giovato anche alle figlie ed al marito modificando le reazioni interpersonali, è più in contatto con se stessa e riesce a comunicare con gli altri in maniera efficace e libera.

Nel colloquio seguente comunica con gioia di essere uscita con sua figlia un pomeriggio e di aver fatto con lei un giro per negozi, ha vissuto questo evento con grande entusiasmo, in quanto prima non riusciva nemmeno ad uscire di casa, si sentiva oppressa, manifestava dei sintomi ansiosi, aveva la sensazione che gli oggetti le ruotassero attorno, le sembrava che tutto fosse uguale e tutto grigio. Dopo il colloquio

uscirà nuovamente con l'altra figlia; è contenta, le sembra incredibile stare così bene, non sente più quel senso di pesantezza, non vede più tutto così cupo, dorme molto meglio.

La terapeuta restituisce come questi cambiamenti siano importanti e rappresentino l'inizio un processo di cambiamento; è importante quindi procedere in questa direzione riuscendo a godere di queste piccole gioie.

Nel corso del colloquio seguente la terapeuta comunica che dal momento che gli obiettivi clinici sono stati raggiunti e che c'è stato un notevole miglioramento della condizione psicologica è possibile pensare ad una conclusione di questo percorso clinico nel corso di un periodo di due mesi. La risposta della paziente è senz'altro favorevole e si avvia alla conclusione con buona motivazione.

Ottobre/ Novembre 2008

In questo mese di trattamento la paziente ricostruisce la sua storia di malattia iniziando dall'evento traumatico della malattia della madre; ha molta voglia di parlare e per la prima volta fornisce un racconto chiaro, strutturato e carico di vissuti emotivi. Riferisce di stare molto meglio e di aver trascorso la domenica in gita insieme al marito, appare serena distesa e lucida.

La paziente in questi due mesi si definisce dispiaciuta per la chiusura del trattamento ma nello stesso tempo è molto soddisfatta del percorso fatto; afferma che per la prima volta si è potuta ricavare un suo spazio da salvaguardare; per la prima volta è riuscita ad aprirsi e manifestare la sua sofferenza, racconta di aver potuto finalmente guardarsi allo specchio e di aver pianto davanti ad esso. È stato un momento molto importante. Le viene rimandato che il lavoro fatto insieme le ha permesso di scoprire le sue risorse, di acquistare la capacità di leggere se stessa ed i suoi stati emotivi e di guardare la sua sofferenza.

Il trattamento si conclude ma con queste acquisizioni lei potrà andare avanti nel prendersi cura di sé cosa che ora ha imparato a fare.

Riflessioni conclusive

Sono emersi durante i mesi di corso della psicoterapia, elementi importanti sui cui riflettere.

La realtà della relazione terapeutica e del suo ruolo emergono in vari momenti della terapia.

La paziente afferma a più riprese che il merito del suo star meglio è dovuto anche alla terapeuta, cui riconosce la capacità di essere stata accogliente e comprensiva, tanto da infonderle un sentimento di fiducia che ha potuto in primo luogo rendere scorrevole il dialogo, in secondo facilitare l'emergere di argomenti e tematiche dolorose quali il rapporto con il marito e con le figlie, i contatti con la famiglia d'origine, l'iter di

operazioni subite, l'angoscia del possibile ritorno della malattia. La paziente asserisce di trovarsi bene, di sentirsi a suo agio.

Un fattore che potremmo considerare sostanziale per l'alleanza terapeutica è il riconoscimento da parte della paziente che quello in cui si trova è il suo spazio: individuale, personale, dove poter esprimere le proprie sofferenze dove poter dare voce a pensieri ed emozioni difficilmente verbalizzabili in altri contesti a quelli che Freud definiva, lavorando con le pazienti viennesi, i “pensieri indicibili”⁶.

È importante non perdere mai di vista, che per quanto sia soddisfacente sentirsi responsabili di un cambiamento così positivo, la paziente potrebbe ancora mantenere una struttura di locus esterno (Rotter 1954), che non le permette ancora di attribuire a sé stessa le conseguenze dei suoi progressi.

La terapeuta sottolinea più volte di considerare e rispettare il contesto, il luogo in cui si trovano, intendendo in tal modo sia il l'ambiente fisico dei colloqui, sia il percorso di condivisione che stanno svolgendo insieme.

Le aree di indagine evidenziate dalla terapeuta sono le seguenti: la femminilità, il ruolo all'interno della famiglia d'origine, la morte della madre e la successiva rottura con il padre e con il fratello, lo stato di inadeguatezza rispetto alla famiglia nucleare.

Per quanto riguarda il rapporto con la propria femminilità potremo affermare che nel corso delle prime sedute la paziente mostra, pur rimanendo entro i limiti, una scarsa attenzione alla postura, all'abbigliamento, alla cura del proprio aspetto. Solo nei mesi successivi si comincia a percepire pian piano un sensibile cambiamento concomitante la presa di coscienza, da parte della paziente, dello spazio a lei dedicato; si modifica in tal senso la prospettiva da cui la stessa si percepisce e considera i problemi e le sofferenze esposte.

Imbasciati, nella Lez. XV, (Imbasciati,1990) riguardo la femminilità, sostiene che generalmente la donna ha vissuti corporei differenti da quelli maschili, in cui è centrale il sentimento che riguarda la bellezza o la bruttezza delle proprie fattezze fisiche, nell'animo femminile questo è un'importante regolatore del modo con cui la donna si relaziona agli altri, essa manifesta spesso la preoccupazione che l'esterno del proprio corpo sia gradevole per sconfiggere l'intima paura che l'interno sia guasto⁷.

Possiamo constatare come l'identità femminile della paziente sia andata gradualmente sgretolandosi nel corso degli anni: prima l'intervento al seno sinistro nel 1992, poi l'intervento al seno destro nel 2002, sempre nello stesso anno una grave ustione alle gambe, una attuale e forte irritazione cutanea messa in relazione con il suo stato di irritabilità; è quindi facile comprendere come la paziente abbia visto sprofondare nella penombra alcune visibili connotazioni della propria femminilità.

La terapeuta richiama più volte come questi vissuti siano complessi, dolorosi, difficili da esplorare ed elaborare, nonostante tutto ribadisce sempre l'importanza che la paziente ne parli in quello spazio perché è il luogo in cui fisicamente i vissuti dolorosi possono

essere verbalizzati.

La signora riferisce, vedendosi “brutta” e trascurata, di non riuscire a guardarsi allo specchio ma di non poter, al contempo, fare nulla per cambiare quella realtà, come se non riuscisse a sentirsi “padrona del suo corpo”. La terapeuta sottolinea come ciò sia causato da tutti gli eventi traumatici che l'hanno profondamente segnata e che in quel loro spazio potrà ad essi dare la parola.

La paziente rende proprio tutto quello che le viene rimandato, contribuendo così durante il corso della terapia, a realizzare un cambiamento profondo ponendo attenzione al proprio mondo interiore. Possiamo provare a tracciare una retta immaginaria compresa tra due punti: Dicembre 2007 e Novembre 2008 che comprenda trasversalmente tutte le problematiche analizzate durante l'anno; attraverso ciò che la paziente riferisce, osserveremo come vadano tutte assumendo colorazioni differenti, distanziandosi dal punto di partenza con il trascorrere dei mesi.

È questo segno tangibile di come l'alleanza terapeutica, unita ad una forte motivazione, sia un'insostituibile strumento per ottenere risultati positivi dall'intervento applicato.

La paziente riferisce durante i colloqui argomenti inerenti il rapporto all'interno della famiglia d'origine; parla della madre asserendo che per lei la figura materna rappresentava “tutto”: madre, amica, sostegno.

Queste riflessioni portano la paziente a confrontarsi con la figura materna; riferisce a tal proposito di considerare quasi perfetto il suo modo di reagire ed interagire con i membri della famiglia d'origine; lei invece, sostiene di non essere “brava” come sua madre, con le figlie ed il marito è sempre nervosa e scostante, riferisce per questo di soffrire molto sentendosi in colpa per non riuscire a partecipare delle piccole gioie familiari, ad esempio i risultati universitari delle figlie, poiché la sua malattia è il fulcro intorno a cui ruotano tutti i pensieri.

La terapeuta cerca di rimandare alla signora l'inesistenza di un modo universalmente giusto di agire, sua madre possedeva il proprio, adatto alla loro famiglia, tale metodo non potrebbe adattarsi alla relazione con le sue figlie; uno degli obiettivi condivisi è a tal proposito quello di cercare di trovare una modalità relazionale per interagire, condividere emozioni e momenti lieti con le figlie. Si ipotizza, infatti, che la paziente possa essere bloccata dal desiderio di voler imitare la madre, procurando in lei una rivalità contro un fantasma in cui non si rivede, secondo il concetto di “valore imitativo” di Girard (1961) e delle percezioni sensoriali.

Nel corso dei mesi di terapia la paziente si impegnerà a tale fine, tanto da riferire in uno dei colloqui successivi di essere uscita con le figlie in due momenti separati per fare compere insieme, di aver provato emozioni positive e di essersi meravigliata di se stessa e dei progressi fatti.

Per ciò che concerne invece la perdita della figura materna e la conseguente rottura con la famiglia d'origine ricordiamo *in primis* come la perdita di chi ci è più vicino possa

essere un evento traumatico e difficile da elaborare. «Normalmente noi viviamo come se mai dovessimo morire, realizzando quel particolare processo psichico che Freud chiamò “negazione”. Ci accorgiamo dell'esistenza della morte solo quando abbiamo occasione di verificarla in altri[...]. La negazione consiste, dunque, nell'esprimere qualche cosa di spiacevole negandolo, quel processo per cui una percezione o un pensiero sono ammessi alla coscienza in forma negativa» (Di Nola, 2005)⁸. L'esperienza di un lutto, il perdere una persona cara e così centrale nella vita di ognuno, come la madre, determina l'esplosione di cariche intense e tal volta conflittuali; (Di Nola, 2005 p24) la paziente nel caso specifico a cui viene fatto riferimento decide di interrompere bruscamente i rapporti con il padre ed i fratelli.

A confermare questo atteggiamento sono le teorizzazioni di Engel e Schmale (1967) sul complesso di rinuncia-condanna (*giving-up given-up complex*) presente in quelle persone che non hanno le appropriate difese e strategie psicologiche per affrontare una perdita. La paziente infatti presenta a livello affettivo un sentimento di impotenza (*helplessness*) e di disperazione e perdita di ogni speranza (*hopelessness*). Questo è collegato anche all'attivazione del suo atteggiamento tendente all'isolamento (conservazione/ritiro) opposto ad un atteggiamento più funzionale (attacco/fuga).

La paziente, in seguito al lutto della madre ha subito una disorganizzazione fisiologica, che non è riuscita a gestire a causa delle aspettative relazionali che aveva. Solo revisionando queste aspettative confrontandole con la realtà si può avviare un processo di sviluppo che permetta alla paziente di eliminare il legame e di chiedere aiuto o impegnarsi in nuove situazioni risanando il lutto.

In questo lavoro ho cercato di analizzare alcuni degli aspetti della psicologia clinica e, nello specifico, la sua declinazione all'interno del servizio pubblico in particolar modo nei Centri di Salute Mentale (CSM).

Ho strutturato il campo di indagine di questo scritto partendo da un'ottica piuttosto generale relativa al colloquio psicologico clinico cercando, per quanto possibile di darne una definizione, collocazione e di descriverne le caratteristiche salienti che lo discriminano da tutte le altre forme di interazione umana. Successivamente il focus di interesse è stato centrato sull'impiego del colloquio clinico all'interno dei servizi pubblici che si occupano della salute mentale; sono stati messi in luce tutti quegli elementi propri della pratica clinica, che in vengono però largamente influenzati e modificati dal contesto e dal luogo di riferimento; quello che consideriamo set istituzionale è un unicum che comprende tutto ciò che riguarda il colloquio ed il luogo in cui si svolge iniziando dalle mura della struttura fisica in cui esso avviene, arrivando in ultima analisi ai soggetti dell'incontro; il set quindi irrompe fortemente nella relazione tra i protagonisti e si compenetra con essa, ne diviene parte costituente.

Nel capitolo III ho riportato quella che è stata la mia esperienza di tirocinio presso il Centro di Salute Mentale di Via Boccea (Roma); il tirocinio ha avuto la durata di sei mesi,

nei quali ho avuto la possibilità di toccare con mano per la prima volta la realtà della pratica clinica. Tutte le attività svolte sono state senza dubbio formative, contribuendo in primo luogo alla stesura di questo lavoro, ed in ultimo alla mia formazione di futura psicologa ed hanno contribuito ad aumentare la forte passione per questa tipologia di studi e di lavoro.

Nel IV capitolo è stata affrontata la tematica riguardante la relazione terapeutica, il suo ruolo centrale ed imprescindibile per qualsiasi tipo di intervento clinico e la sua funzione nella psicoterapia. Quando parliamo di relazione terapeutica facciamo riferimento alla condivisione sincera, profonda, scevra da ogni pregiudizio di tutto quello che verrà riferito all'interno della stanza d'analisi; tale condizione comprende sia il paziente che il terapeuta poiché essi sono entrambi attori

del colloquio, entrambi arricchiscono e modificano il loro modo di percepire la realtà poiché essa non è unica, immutabile e lineare bensì complessa, camaleontica.

In fine nell'ultima sezione è stato riportato un caso clinico relativo ad una psicoterapia della durata di un anno che ha avuto come sede il Centro di Salute Mentale di via Boccea. Di questa psicoterapia sono stati riportati, facendo fede alla loro forma originale: il protocollo di accoglienza del centro (scheda di primo contatto, questionario di accoglienze e *Self-report Symptom Inventory-Revised SCL90*) ed i in breve colloqui clinici svolti; ho cercato nelle riflessioni conclusive sul caso di fare una breve panoramica delle problematiche affrontate durante i colloqui ponendo attenzione a come queste siano andate assumendo connotazioni diverse con il trascorrere dei mesi.

La psicoterapia sopra descritta, nonostante non sia potuta essere un'esperienza diretta, è ugualmente stata in grado di fornirmi importanti elementi su cui riflettere.

La scelta del tema centrale di questo lavoro è stata fortemente motivata ed incentivata dalla mia esperienza di tirocinio; i mesi di lavoro presso CSM di via Boccea hanno reso possibile l'ingresso nel mondo della psicologia con tutte le sue sfaccettature e contraddizioni, mostrandomi come la realtà del disagio psichico non sia totalmente "bianca o nera", bensì creata dall'unione di tutte le tonalità del bianco e del nero unite insieme all'interno di un solo individuo.

La paziente a cui viene, nello specifico, fatto riferimento non è: "una depressa", bensì la signora C.C. portatrice di un disagio di tipo depressivo, acuitosi a causa di una serie di spiacevoli vicissitudini che vanno succedendosi da circa una decina d'anni. La terapia stessa infatti inizia ad assumere un aspetto differente proprio nel momento in cui la paziente riesce a percepire se stessa come disgiunta dalla diagnosi depressiva, iniziando a considerarsi unica ed irripetibile come anche lo spazio a lei dedicato durante i colloqui; faticosamente parla di sé, si descrive prescindendo il marito, le figlie, la madre e la malattia. L'esatto opposto di quello che era avvenuto nel corso del primo incontro.

Le riflessioni successivamente nate in me riguardano in particolar modo l'affascinante complessità dell'operato di uno psicologo: individuare i nuclei problematici, saperli

affrontare tenendo conto che, anche solo uno sguardo o poche parole pronunciate in un momento in cui non dovevano essere dette, potrebbero incrinare la relazione costruita. Come e quanto quindi la forza delle parole possa “ammalare”, e in ugual misura possa “guarire.”

Nelle situazioni estreme, attenersi alle abitudini e alle attività quotidiane può essere molto importante ai fini della sopravvivenza (si veda Kertz, 1995) attività auto-rassicuranti e auto-protettive. I rituali quotidiani e la cura personale sono spesso disturbati, il che ostacola la capacità di frequentare regolarmente le sedute e di avere fiducia nella cornice terapeutica. È stato affermato (Bleger, 1967; Sas, 1993) che le abitudini e i rituali della vita quotidiana sono anche il deposito degli aspetti più primitivi e indifferenziati della personalità. Una delle conseguenze dell'incapacità di praticare tali rituali quotidiani può essere l'attivazione di un meccanismo responsabile del funzionamento psicotico rilevabile in molti traumatizzati gravi. A un livello di gravità minore, un'alterazione nel funzionamento di quest'area può provocare confusione e disorganizzazione. Ne risulta che la cornice o setting diventa spesso l'aspetto principale della terapia. Si tratta di un importante fattore terapeutico nel lavoro con i pazienti traumatizzati (Salonen, 1992), perché la stabilità e la sicurezza implicite nel setting possono essere interiorizzati e aiutare il paziente a raggiungere un sentimento di sicurezza e di prevedibilità. Includerei in quest'ambito anche la dimensione di base di un incontro con l' “altro” empatico. Recenti studi sullo sviluppo infantile hanno dimostrato come tale relazione, che comprende anche cure materne sufficientemente buone, crei per il bambino quell'ambiente, definito da Hartmann come «quello che ci si può aspettare nella media», che è necessario per stimolare e liberare l'innata tendenza dei pazienti verso la crescita.

Il transfert dipendente/ contenitivo

Questa forma di transfert corrisponde alla cornice terapeutica e crea un'analogia con una relazione genitoriale protettiva, un ambiente di *holding* (Modell, 1990). Nell'ambito del setting è possibile attualizzare in forma simbolica i conflitti e gli arresti nello sviluppo, il che significa che gli aspetti della personalità danneggiati dalla situazione regressiva provocata dal trauma, per esempio la fiducia di base (Erikson, 1950) possono essere attualizzati nella relazione con il terapeuta. L'altro, in questo stato mentale, viene percepito come pericoloso, incomprensibile o ambedue le cose.

Il transfert iconico/proiettivo

Questo livello si avvicina al concetto classico di transfert: il terapeuta diventa il recettore delle proiezioni di diversi aspetti delle immagini del Sé e delle immagini dell'oggetto del mondo interno del paziente, come il padre punitivo, la madre investita di desideri incestuosi, il paziente come vittima (oppure identificato con l'aggressore). Nel caso di A., in alcuni momenti il terapeuta poteva essere vissuto come il conduttore, paranoico e

aggressivo, degli interrogatori in prigione. Il terapeuta può tuttavia rappresentare anche un oggetto capace di amore e di cure, Un aspetto del transfert era la proiezione sul terapeuta della figura di un genitore/marito amoroso e pieno di attenzioni. Questo porta come conseguenza la comparsa di un nuovo inizio, la speranza di una nuova famiglia. In questa situazione, M. visse la perdita del bambino in un modo nuovo. Non avendo potuto a suo tempo compiere una vera e propria elaborazione del lutto, le sedute le permisero di recuperare dei ricordi, prima come flashback, poi sotto forma di memorie vere e proprie e di sogni, che favorivano il lavoro di integrazione. Il trauma della perdita era rivissuto nel contesto della speranza di un nuovo inizio. Il trauma si andava risolvendo, permettendo al processo del lutto di cominciare. L'oggetto perduto doveva in primo luogo essere vissuto come "vivo" nel transfert, perché il lavoro del lutto potesse aver luogo. M. aveva subito il trauma nei primi anni della vita adulta, subito dopo aver formato una famiglia. I problemi, i conflitti, le speranze e le gioie di questo periodo contrassegnarono la relazione transferale. Ciò porta a rivivere il passato in relazione al terapeuta, un passato che era rimasto in forma congelata, dato che il trauma era ricordato soltanto attraverso le sofferenze del corpo, la depressione e gli *acting*. Perché potesse accadere questo, occorreva, per usare una espressione di Resnik (1995), che il transfert fosse un luogo sicuro, dove i ricordi potessero essere messi in gioco. Per molti pazienti traumatizzati, questa forma di terapia può essere dolorosa, perché significa rivivere e ri-simbolizzare. Ne consegue la necessità che esista un sentimento interiore di fiducia e di stabilità per poter elaborare il lutto degli oggetti perduti. Se manca tale sentimento, diventa prioritario costruirlo, ed è di importanza vitale dedicare molta attenzione al setting. Il processo di simbolizzazione o di mentalizzazione della relazione dei pazienti con le loro esperienze traumatiche è complesso, ed esige che il terapeuta sia capace di creare un clima di fiducia. L'affermazione dell'esperienza psichica (Killingmo, 1995) può essere la modalità di intervento più importante per lunghi periodi. In sostanza, l'affermazione conferma lo stato mentale soggettivo dell'altro. Ciò è di cruciale importanza quando il paziente traumatizzato cerca di negare la realtà psichica per evitare il dolore.

La precocità e il rivivere ripetutamente esperienze di deprivazione materna, nel periodo in cui il bambino vive uno stato di assoluta dipendenza nei confronti della figura che rappresenta il suo primo oggetto d'amore, si traducono in angosce traumatiche, cioè in vissuti emotivi "impensabili" capaci di creare una profonda frattura nella continuità personale del bambino (Craparo G., 2013).

Francesca Andronico

Psicologa Clinica e di Comunità, Esperta in Psicologia Giuridica, Psicoterapeuta-Gruppoanalista

Note

- 1 Ferro A., *Nella stanza d'analisi Emozioni, racconti, trasformazioni*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1996 p.149,150
- 2 Di Chiara G., *Una prospettiva psicoanalitica del dopo Freud: un posto per l'altro*, «Rivista di Psicoanalisi», 31 (4), p. 451
- 3 Brenman-Pick I., *Workig-through in the counter-transference*, «Int. J. Psycho-Anal.», 66, pp.157-166
- 4 Profita G., Ruvolo G., *Variazioni sul setting il lavoro clinico e sociale con individui, gruppi e organizzazioni*, Raffaello Cortia Editore, Milano 1997 p.64
- 5 Trentini G., *Manuale del colloquio e dell'intervista*, Utet Libreria, Torino, 1995
- 6 Freud S., *Bruchstück einer Hysterie-Analyse* in *Monatsschrift für psychiatrie und neurologie*, vol 18.
TR IT *Il caso di Dora, frammento di un'analisi di un caso di isteria*, in *Casi Clinici*, Bollati Boringhieri, Torino, 2003
- 7 Imbasciati A., *La donna e la bambina. Psicoanalisi della femminilità*, Franco Angeli, Milano, 1990 pp. 134, 135
- 8 Di Nola A.M., *La nera signora antropologia della morte e del lutto*, Newton &Compton Editori, Roma,2005, p.11

Bibliografia

- Baker L. R (2007), *Persone e corpi. Un'alternativa al dualismo cartesiano e al riduzionismo animalista*, Bruno Mondadori, Milano
- Bessel A. et. all (2004), *Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*, ediz. Ma. Gi
- Bowlby J.(1968), *Attaccamento e Perdita*, vol I. Boringhieri
- Brenman-Pick I., *Workig-through in the counter-transference*, «Int. J. Psycho-Anal», 66, pp.157-166
- Carli R., Paniccia R. M. (2003), *Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*, Il Mulino
- Charcot J.M. (1897), *Isterismo*, in *Trattato di medicina*, Vol. VI, 477-536
- Di Blasi M., Lo Verso G. (1995), *L'insuccesso in psicoterapia: un problema etico e clinico*, in Bavestrello D., Piccini F. (a cura di), *Insuccessi in psicoterapia*, Angeli, Milano
- Di Chiara G., *Una prospettiva psicoanalitica del dopo Freud: un posto per l'altro*, Rivista di Psicoanalisi, 31 (4), p. 451
- Di Nola A.M. (2005), *La nera signora antropologia della morte e del lutto*, Newton & Compton Editori, Roma
- Engel G.L. (1977), *The need for a new medical model. A challenge for biomedicine*, «Science», 196:129-136
- Erikson E.H. (1950), *Childhood and society*, New York, W. W. Norton
- Fenichel O. (1945), *The Psychoanalytic Theory of the Neuroses* Norton, New York
- Ferro A. (1996), *Nella stanza d'analisi Emozioni, racconti, trasformazioni*, Raffaello Cortina Editore, Milano, p.149-150

- Freud S. (1925), *Inibizione, sintomo e angoscia*, trad. it. in *Opere*, vol. X, Boringhieri, Torino, 1979
- Freud S., *Bruchstück einer Hysterie-Analyse* in *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, vol 18.
- TR IT *Il caso di Dora, frammento di un'analisi di un caso di isteria*, in *Casi Clinici*, Bollati Boringhieri, Torino, 2003
- Girard R. (1961), *Menzogna romantica e verità romanzesca*, Bompiani, Milano, 2002
- (1980), *Dalla violenza al Sacro*, Adelphi, Milano
- Glaser K. et all (1999), *Stress, Personal Relationships, and Immune Function: Health Implications Brain, Behavior, and Immunity*, 13, 61–72
- Grasso M. (2010), *La relazione terapeutica*, Edizioni Il Mulino, Bologna
- Grinberg L. (1990), *Colpa e depressione*, Roma, Astrolabio
- Imbasciati A. (1990), *La donna e la bambina Psicoanalisi della femminilità*, Franco Angeli, Milano, pp. 134-135
- Janet P. (1898), *Névroses et Idées Fixes*, Alcan, Paris
- Killingmo B. (1995), *Affirmation in psychoanalysis*, in «Int. J. Psycho-Anal.», 76, 503-518
- Krystal H. (1988), *Integration and Self-healing: affect, trauma, alexithymia*, The Analytic Press, Hillsdale, N. J.
- Lazzari D. (2007) “Mente & Salute. Evidenze, ricerche e modelli per l'integrazione”. Milano: Franco Angeli.
- Modell A. (1990), *Other times, other realities. Toward a theory of psychoanalytic treatment*, Cambridge (MA), Harvard University Press
- Profita G, Ruvolo G. (1997), *Variazioni sul setting il lavoro clinico e sociale con individui, gruppi e organizzazioni*, Raffaello Cortina Editore, Milano, p.64
- Resnik S. (1995), *Mental space*, London, Karnac Books
- Rotter J.B., (1954), *Social learning and clinical psychology*, New York, Prentice-Hall
- Scrignarò M. et all. (2017) *Emotive and cognitive processes in cancer patients: linguistic profiles of post-traumatic growth*, in «European Journal of Cancer Care», 27, 1
- Selye H. (1973), *The evolution of the stress concept*; «The American Scientist», vol. 61, 692-699
- Solano L. (2001), *Tra mente e corpo. Come si costruisce la salute*, Raffaello Cortina, Milano, 2013
- Temoshok L. et al. (1985), *Biopsychosocial studies on cutaneous malignant melanoma: psychosocial factors associated with prognostic indicators, progression, psychophysiology and tumor-host response*, «Soc Sci Med.»
- Temoshok L. (1987), *Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model*, «Cancer Surv.» 6(3):545-67
- Trentini G. (1995), *Manuale del colloquio e dell'intervista*, Utet Libreria, Torino
- Zennaro, A. (2011), *Lo sviluppo della Psicopatologia*, il Mulino, Bologna



IL CAMPO DELL'ALTRO

A



Il trauma nelle organizzazioni: lo sguardo della psicologia del lavoro

*«La fabbrica fu quindi concepita alla misura dell'uomo
perché questi trovasse nel suo ordinato posto di lavoro uno
strumento di riscatto e non un congegno di sofferenza»*

Adriano Olivetti

[Carla] «Ho sempre lavorato con passione e dedizione, perché per me il lavoro significava tutto, era la mia possibilità di realizzazione e di affermazione. Sono venti anni che lavoro senza un minimo riconoscimento, nessuno si accorge di tutto il lavoro che faccio e della qualità con cui lo svolgo, nessuno si preoccupa di me, dei miei desideri e delle mie aspirazioni. Neanche la pacca sulle spalle qui. Io non ce la faccio più. Qualche volta ho provato a chiedere un incontro con il mio capo, ma nessun risultato. La risposta era sempre la stessa “non è il momento giusto” oppure “ti lamenti sempre” oppure “ringrazia per ciò che hai” ...ed intanto altri andavano avanti ... Sono sempre nervosa o mi sento depressa, ho perso l'entusiasmo, la gioia di venire al lavoro e mi sento come se in parte avessi perso anche una parte importante di me stessa, la parte di me che sognava di diventare qualcuno, di affermarsi almeno al lavoro, di poter incidere nella società con il mio operato».

[Isa] «Beh, sono sempre stata una persona sicura di me e del mio valore professionale. Ho scelto il mio percorso con costante consapevolezza, certa di costruire un percorso in linea con le mie aspettative professionali, che non nascondo essere state in passato molto ambiziose. Mi sono dedicata al lavoro tanto, ma sempre senza pentirmene ed anche purtroppo influenzando negativamente sulla vita privata. Dodici anni fa ho deciso di lasciare il lavoro che avevo per accettare questa nuova sfida. E a me le sfide sono sempre piaciute. Qui avrei portato a compimento il mio sogno di realizzazione personale e professionale. Così credevo fortemente ... Purtroppo oggi - con il senno di poi - le dico di aver sovrastimato e idealizzato questa opportunità. Per la prima volta sento di vivere un vero e proprio fallimento, soprattutto personale. Sono ancora qui al lavoro solo e soltanto per il bisogno di uno stipendio ... ho una figlia da mantenere! Mi ritrovo in un ufficio in cui non mi riconosco e non mi riconoscono, senza un ruolo, senza attività definite, chiare. A volte non so neanche dove sedermi quando arrivo in ufficio! Ogni mattina arriva un collega qualunque e diverso e mi dice “oggi fai questo ...”, senza spiegarmi perché e come. Faccio domande, non ricevo risposte. Svolgo l'attività al meglio che posso – non conoscendo ciò di cui si tratta – e ricevo feedback negativi senza spiegazioni. Così ogni giorno ... da ormai troppo tempo. Mi sento svuotata e stanca di lottare da sola. Non so quanto posso resistere così ...»

[Ilaria] «Da sempre mi trattano come se fossi una scema! Non sono mica incapace di

intendere e volere. I colleghi mi rimproverano apertamente davanti ad altri colleghi ed anche davanti ai responsabili. E nessuno dice niente! Nessuno ha mai detto niente. Io qualche volta sono riuscita a rispondere a tono, ma molte altre scappavo via e andavo a piangere. Piangere disperatamente, chiedendomi il perché di questo atteggiamento. Sono sempre stata cordiale, disponibile, accomodante. Ho aiutato sempre tutti, quando potevo facevo il lavoro per gli altri ... Beh sa queste cose in ufficio capitano! C'è sempre il collega o la collega che quel giorno ha bisogno di scappare perché ha un impegno urgente ed allora io mi proponevo di finire il suo lavoro per evitare poi fastidi con il capo. Ma purtroppo non è successo con me. Neanche quando iniziavo a non sentirmi molto bene al lavoro, mi capitava di non riuscire ad essere più tanto concentrata e mi stancavo molto più velocemente. Da lì a breve la notizia del cancro. Sono stati mesi difficili, molto difficili. Lontana dall'ufficio, malgrado tutto, mi sentivo male. Avevo bisogno di avere il mio spazio, la mia postazione, il mio tempo. Si mi mancavano le relazioni, le risate ed i caffè alla macchinetta con i colleghi, ma era pur sempre tempo per me. Al rientro dalla malattia credevo che le cose migliorassero, ma le mie condizioni comunque non ottimali e la riabilitazione che ha richiesto più tempo del previsto, sono state le condizioni per far sì che – ancor più di prima – colleghi e responsabili non mi coinvolgessero nelle attività, nei progetti, nella quotidianità al lavoro. E neanche le schermaglie e le ripicche sono finite! Quando provo a parlare di questo loro sono bravi a dirmi “ma noi lo facciamo per preservare la tua salute, per non farti stancare e stressare. È grave quello che ti è successo, non vogliamo essere responsabili di nuove malattie”. Inutile dirle che, malgrado io abbia detto loro che questo senso di inutilità e frustrazione mi fa stare anche peggio, le risposte e le azioni non ci sono state e non ci sono. Dottoressa ... mi hanno fatto molto male e ancora me ne stanno facendo, ma io sono forte. Sono più forte di loro (con un accenno di sorriso) ...».

[Aldo] «Stento ancora a crederci. Trentacinque anni in questa Azienda, in questa unità. Sono ben voluto da tutti, ho sempre rispettato tutti e fatto quello che mi veniva chiesto di fare...anche attività che non erano di mia competenza. Sono una persona solare ed ottimista, ho sempre una parola di conforto per i miei colleghi che mi vedono come un punto di riferimento. Poi all'improvviso ricevo la notizia, così...senza preavviso! Lettera di licenziamento! Saluti e grazie. Capisco i problemi dell'Azienda e di questa Unità in particolare, ma potevamo parlarne. Non voglio credere che non ci fossero alternative, dopo tutto quello che ho fatto per questa azienda! È uno shock, è uno shock! Cosa faccio io adesso?! Che umiliazione è questa?!»

Queste sono solo alcune delle innumerevoli storie che ho avuto modo di ascoltare durante le mie attività di consulenza organizzativa. Si tratta di storie di impiegati, di manager, di uomini, di donne, di padri, di madri, di mariti, di mogli ... Si tratta di storie di individui appassionati e dediti al lavoro che hanno visto infrangersi i propri sogni, le proprie identità ed in più di qualche caso i propri corpi.

Ascoltare e incontrare queste storie oggi, in questa forma così estrema e dolorosa, risulta quasi assurdo, impossibile, anacronistico rispetto all'attualità del *management* organizzativo che vede una riscoperta ed un investimento sempre maggiori in tema di salute, benessere, *wellbeing management*, felicità, riduzione dello stress, valorizzazione delle *soft skills*, agile e *smart working*. Tante belle ed altisonanti parole queste, tante nuove professioni emergenti, tanti nuovi corsi e master, tante nuove iniziative e proposte di sensibilizzazione ed ascolto organizzativo. Tante, tante, tante ... ma la realtà? La realtà forse ci racconta che è ancora significativamente alto il livello di comprensione e gestione delle dinamiche individuo-organizzazione-benessere-salute da doversi e potersi attuare.

Quasi tutte le persone che ho incontrato nel corso della mia esperienza in ambito Risorse Umane, alle domande «Cosa è per te il lavoro? Che significa il lavoro per te? Cosa rappresenta per te la possibilità di lavorare? Che immagine/i associ al lavoro? Perché è importante per te il lavoro?» hanno risposto, secondo macro categorie, «La possibilità di realizzarmi e migliorarmi; un desiderio ed una speranza di miglioramento personale; poter realizzare il mio sogno di bambino; dimostrare alla mia famiglia che ce l'ho fatta e che valgo qualcosa anche io; la possibilità di socializzare; poter fare ciò per cui ho studiato e ripagare la famiglia degli sforzi che hanno fatto per permettermelo; la possibilità di poter contribuire a migliorare la società ed il mondo in cui viviamo; per far sì che rimanga qualcosa di me anche quando non ci sarò più; per rendere orgogliosa la mia famiglia; la possibilità di poter accrescere costantemente le mie conoscenze; per dare un significato ed uno scopo alla mia vita; la possibilità di crearmi un futuro stabile...».

Al di là dell'analisi di contenuto e senso di ogni affermazione, è interessante notare come le connessioni individuo-lavoro si sviluppino lungo le dimensioni di *Identità – Significato – Relazioni – Speranza – Empowerment – Responsabilità* piuttosto che su *Regole – Processi – Procedure – Ruoli – Dovere – Struttura*. Il lavoro assume forme che possono – a volte - coincidere con l'essenza stessa della vita. Il rapporto individuo – lavoro si fonda allora sul desiderio di accrescere la sicurezza in se stessi e fortificare quindi l'autostima, la fiducia di sé e le relazioni al fine di produrre “cose” utili a proteggersi dai giudizi altrui e dalle insicurezze del futuro. Il lavoro ha – in questa ottica - il magico potere di trasformare la vita e di eliminarne criticità ed insicurezze, diventa una “utopia illusoria”, per citare A. Gorz¹ o una “energia libidica” come afferma Freud². Il lavoro si trasforma in bisogno/i specie - specifico/i differenti da individuo a individuo, che si tenderà a voler soddisfare una volta entrati nel sistema organizzazione.

Possiamo sintetizzare e riconoscere quindi le cinque funzioni – oltre quella economica - che svolge il lavoro, secondo la classificazione di M. Jahoda:

1. Struttura ed organizza il tempo vita
2. Permette e facilita i contatti sociali

3. Contribuisce alla creazione di un ruolo sociale e dell'identità
4. Favorisce un possibile scopo nella vita
5. Mantiene in attività rafforzando le capacità fisiche e mentali

Contribuisce a determinare e favorire il raggiungimento di un maggiore stato di salute e benessere dell'individuo all'interno dell'organizzazione e di un miglior livello di integrazione tra i due sistemi.

Ma come si integrano “senso del lavoro” e “dinamiche del lavoro”? Ognuno arriva in Azienda carico di aspettative, sogni e desideri legati e derivati dal personale significato attribuito al lavoro. E per realizzarli è disposto ad investire molto sia in termini di tempo sia in termini di emozioni, relazioni, studio e conoscenza. Si trova a confrontarsi con un'organizzazione da conoscere, processi, procedure, organigrammi. Il lavoro è spesso caratterizzato da obiettivi a volte molto sfidanti da raggiungere, infinita serie di mail da leggere e a cui rispondere in tempi ristretti, meeting e riunioni, progetti da definire, avviare e gestire. E poi la gestione dei rapporti con i colleghi, la competizione, i conflitti da gestire, le incomprensioni con il capo. Il tempo per un feedback individuale strutturato scarseggia, promozioni, riconoscimenti e sviluppo lenti o assenti. Il *multitasking* è d'obbligo. In alcuni casi tecnologie obsolete che rallentano il lavoro, spazi e locali inadeguati, procedure e processi non al passo con i tempi, scarse iniziative formative e/o di sviluppo personale, poca attenzione al clima ed alla cultura interna. Questo e molto altro ancora per otto ore al dì (di media), per – almeno – cinque giorni su sette, per ... quanti anni? Il contesto lavorativo attuale che è sempre più *digital*, *smart*, agile e flessibile, contribuisce ancor di più a rendere sfumati i confini tra il professionale ed il privato con il rischio che il lavoro interessi anche gli spazi di interesse per altre attività.

Il lavoro smuove in noi delle emozioni ed il modo in cui ci fa sentire, lo affrontiamo e gestiamo è determinante per noi, per chi ci sta attorno e per la produttività dell'azienda in cui si lavora. Se all'inizio le emozioni sono legate alla sfera dell'entusiasmo, della curiosità, della novità, dell'accettazione legata ad “un ritorno in futuro”, del “è giusto sia così, devo farmi conoscere” – e ci permettono di performare adeguatamente e riuscire a reggere anche livelli di stress molto alti - con il passare del tempo queste emozioni possono confluire nella sfera della irritabilità, noia, frustrazione, invidia, sofferenza e causare abbassamento della qualità delle performance, demotivazione, stress, abbassamento del livello di concentrazione, *burn-out*. E questo accade soprattutto quando si inizia ad avvertire una sorta di infelicità, ci si sente provati fisicamente, sopraffatti ed inadeguati alle richieste del lavoro, ansiosi e stressati, insoddisfatti. Ma “non si riesce a frenare o reagire” a questo flusso perché significherebbe fallire nell'impegno con se stessi, essere giudicati e visti come perdenti, essere considerati dei deboli; significherebbe azionare un meccanismo di dialogo con se stessi, di sviluppo di

consapevolezza e soprattutto di compiere delle scelte. E questo ci costa molta fatica, molta più di quanto si possa immaginare. E allora spesso è preferibile continuare a vivere in una dimensione traumatica, piuttosto che vedere la realtà ed agire di conseguenza assumendosene le responsabilità. L'autoconsapevolezza, una forte motivazione, e le azioni concrete sono la base della costruzione della resilienza, la fondamentale capacità che ci permette di essere agili e flessibili, di identificare e risolvere i problemi, di accettare i feedback critici degli altri, di modificare abitudini disfunzionali e di accettare il cambiamento. Come disse Aristotele: “il coraggio è la prima delle virtù umane perché rende possibili tutte le altre»; c'è il coraggio alla base della resilienza, è questa la virtù che ci permette di identificare un obiettivo, di agire per raggiungerlo e sopportare il vissuto di paura che fa parte del processo.

Parlando di lavoro ed organizzazioni è necessario considerare la complessità del rapporto tridimensionale che coinvolge: contesto sociale (nello specifico si fa riferimento al nuovo mercato del lavoro ed alle nuove normative in materia), organizzazione ed individuo quali attori principali e determinanti lo stato di benessere organizzativo ed individuale. Con benessere organizzativo si intende “La capacità di un'organizzazione di promuovere e di mantenere il più alto grado di benessere fisico, psicologico e sociale dei lavoratori in ogni tipo di occupazione”³, mentre possiamo definire il benessere individuale come “lo stato dinamico nel quale l'individuo è in grado di sviluppare il proprio potenziale, di lavorare in modo produttivo e creativo, di costruire con gli altri relazioni forti e positive, di contribuire alla propria comunità”⁴. Quando un individuo percepisce di non riuscire più ad avere controllo e coinvolgimento in ciò che fa e l'organizzazione non è più in grado di fornire e garantire un supporto, può subentrare una forma di disagio che – se ripetuto e continuativo – diventa un vero e proprio trauma.

L'attenzione delle organizzazioni allo studio delle determinanti della “salute al lavoro” (intesa come insieme dei nuclei culturali, dei processi e delle pratiche organizzative che animano la convivenza nei contesti di lavoro promuovendo, mantenendo e migliorando il benessere fisico, psicologico e sociale delle comunità lavorative) si sviluppa a partire dagli inizi del ventesimo secolo e con la nascita del movimento delle Relazioni Umane di Mayo – nel 1933, si osserva il suo definitivo consolidamento dell'importanza del “fattore umano”. Si inizia a fare attenzione a quelli che possono essere gli effetti ed i danni della routine, della dequalificazione, della non comunicazione, della demotivazione, sul benessere dei lavoratori. L'interesse si sposta significativamente dai soli fattori fisici ed ergonomici di salute e sicurezza a quelli anche mentali, psichici, di *wellness* e *health promotion*. Fine anni '80 inizi 2000 si iniziano ad evidenziare gli stretti legami tra i costrutti salute, stile di vita e sicurezza; in particolare Patt (2000) parla proprio della necessità di creare una vera e propria cultura della salute nelle organizzazioni fondata su elementi specifici quali: comunicazione, *empowerment* e *work* -

life balance.

Nel 1986 Rosen pone all'attenzione gli aspetti quali clima e cultura come fondamentali per la salute organizzativa e nel 1990 Raymond, Wood e Patrick introducono il termine *Occupational, Health Psychology* (OHP) che applica la psicologia nei setting organizzativi. Nel loro pensiero c'era l'idea che un ambiente di lavoro sano è caratterizzato da: alta produttività, soddisfazione del lavoratore, sicurezza, poco assenteismo, basso turnover e assenza di violenza.

Una seconda ricerca degli autori coinvolge anche una prospettiva di analisi organizzativa orientata nel lungo termine. Una organizzazione sana è anche una organizzazione che sa crescere e svilupparsi riuscendo a gestire e tenere sotto controllo quelli che sono indici di possibile malessere organizzativo: calo dei profitti, calo della produttività, stress, assenteismo. L'organizzazione dovrebbe essere quanto più “accogliente” per il dipendente, un luogo dove poter comunicare apertamente e senza riserve, che faccia sentire coinvolti nel lavoro e nelle decisioni da prendere.

Le prospettive di studio e di ricerca sul tema della salute organizzativa sono state molte (per gli approfondimenti si rimanda alla letteratura di riferimento).

A titolo divulgativo riporto i risultati di alcune delle principali ricerche effettuate. Nel 1994 Williams propone la “griglia di salute organizzativa”, una struttura a più livelli rappresentati da:

- Fattori ambientali: ad esempio rumore, temperatura, spazi, luminosità)
- Fattori fisici: ad esempio alimentazione, sport e movimento, salute e malattie)
- Fattori mentali: ad esempio autostima, stress, depressione, trauma, ansia)
- Fattori sociali: ad esempio relazioni, interessi personali

I fattori sono disposti in ordine gerarchico, il livello più alto è soddisfatto se è stato soddisfatto quello precedente.

Nel 1995 Jaffe sottolinea il carattere interdisciplinare del tema ed individua quattro prospettive principali di ricerca.

1. La prospettiva dello stress da lavoro e *burn out*: l'attenzione è focalizzata sul come la persona riesca o meno a gestire ed affrontare situazioni stressanti e su come l'ambiente di lavoro può provocare o alleviare stati di disagio e pressione. Questi ultimi risultano essere i principali responsabili di stress, malattia, traumi ed esaurimento. Nel caso del *burn out* l'attenzione è rivolta a come le persone reagiscono e rispondono ad ambienti di lavoro stressanti caratterizzati da numerosi contatti interpersonali. Il *burn out* è oggi un fenomeno riconducibile a tutti i contesti professionali e non più solo circoscritto alle professioni di aiuto (Borgogni, Consiglio, 2004). E variabili implicate nell'analisi del *job burn out* sono riconducibili alle dimensioni dell'*energy* (quanta energia investo nel lavoro), dell'*involment* (quanto sono emozionalmente coinvolto) e dell'*efficacy* (quanto mi

sento efficace nel mio lavoro). Gli indicatori sono misurati con il *MBI-GS* uno strumento di rilevazione del *burn out* che indaga anche le variabili organizzative che possono aver ostacolato o favorito l'insorgere di questo malessere. A queste prospettive si unisce anche l'analisi e la rilevazione del *mobbing* inteso come forma di attacco psicologico subito da un individuo ed esercitato da parte dei colleghi e/o superiore/i attraverso la messa in atto di comportamenti aggressivi.

2. La prospettiva dello sviluppo organizzativo o della riprogettazione organizzativa: tale prospettiva tende ad indagare quali forme organizzative, processi e modelli influenzano la motivazione, la soddisfazione lavorativa e l'efficacia del lavoratore. Partiamo dall'assunto che le persone siano motivate da fattori intrinseci (desiderio di crescita, di dare senso e significato alla propria esistenza, di partecipazione, apprendimento continuo, formazione) e da fattori estrinseci (remunerazione, status e sicurezza). Le organizzazioni che sono in grado di soddisfare i fattori intrinseci di un lavoratore saranno quelle a maggior successo.
3. La prospettiva delle politiche organizzative di promozione della salute: focalizzazione sui programmi, le procedure e le iniziative che l'organizzazione può sviluppare per rispondere al bisogno di maggior coinvolgimento e partecipazione del lavoratore. L'attuale trasformazione del mercato del lavoro, delle professioni, dei modelli di management, richiede di sviluppare ed innovare le procedure organizzative per poter rispondere alla nascita di nuovi valori, culture e bisogni dei lavoratori.
4. La prospettiva psicodinamico-sociale: si fonda sull'idea che sia l'individuo ad influenzare l'organizzazione e non viceversa. Quando il singolo soggetto è riuscito a ben gestire la propria salute, allora potrà diffondere questa conoscenza all'interno dell'organizzazione. Il focus è sulla leadership, sulle caratteristiche personali dell'individuo e sul livello di maturità raggiunto.

I primi interventi per la salute ed il benessere psicofisico del lavoratore risalgono agli anni Quaranta e Cinquanta e si basavano sull'idea che le organizzazioni dovevano pensare di più ai «sentimenti ed alle preoccupazioni dei lavoratori, imparando a gestirne gli aspetti emotivi». Ma è solo negli anni Sessanta Settanta con gli studi sullo stress e sui rischi psicosociali che l'interesse si estende anche allo studio dei meccanismi lavorativi che li influenzano. Nel 1999 la Commissione Europea definisce lo stress lavorativo come «un insieme di reazioni emotive, cognitive, comportamentali e fisiologiche ad aspetti avversi e nocivi del contenuto del lavoro, dell'organizzazione del lavoro e dell'ambiente di lavoro». Si riconoscono in questa definizione i tre livelli su cui operare: individuo (interventi di empowerment personale), individuo-organizzazione (migliorare il rapporto persona-ambiente, relazioni interpersonali), carico di lavoro,

comunicazione), organizzazione (modifica della struttura e delle pratiche organizzative, dei fattori fisici, ambientali, formazione).

Gli esiti di questi interventi e le analisi della letteratura, hanno portato – a partire dagli anni 2000 - alla costruzione e successiva validazione di un questionario che rileva lo stato di salute organizzativa con la conseguente indicazione di quali sono le aree sulle quali intervenire. Il questionario è il *Multidimensional Organizational Health Questionnaire (MOHQ)* elaborato da Avallone e Paplomatas in collaborazione con la cattedra di Psicologia del lavoro della Facoltà di Psicologia 2 dell'Università la Sapienza di Roma⁵.

Le dimensioni individuate sono quattordici; un'organizzazione è in buona salute se:

1. presenta un ambiente di lavoro igienico, confortevole e accogliente,
2. definisce obiettivi chiari e c'è coerenza tra enunciato e prassi operativa
3. riconosce e valorizza le competenze e i contributi dei dipendenti e sviluppa nuova potenzialità,
4. ascolta attivamente,
5. mette a disposizione le informazioni pertinenti al lavoro,
6. è in grado di gestire situazioni conflittuali,
7. stimola un ambiente relazionale franco, comunicativo e collaborativo,
8. assicura rapidità di decisione, operatività fluida e supporta l'azione verso gli obiettivi,
9. assicura equità di trattamento a livello retributivo, di assegnazione di responsabilità, di promozione personale,
10. mantiene livelli tollerabili di stress,
11. stimola nei dipendenti il senso di utilità sociale contribuendo a dare senso alla giornata lavorativa dei singoli e al loro desiderio di contribuire ai risultati comuni,
12. adotta le azioni per prevenire gli infortuni e i rischi professionali,
13. definisce i compiti dei singoli e dei gruppi garantendone la sostenibilità,
14. è aperta all'ambiente esterno e all'innovazione tecnologica e culturale.

In aggiunta a queste dimensioni sono state definite altre tre aree riconosciute come indicative di “benessere” e “malessere” nei contesti di lavoro.

La prima area fa riferimento a:

INDICATORI POSITIVI DI SALUTE ORGANIZZATIVA

- Soddisfazione per l'organizzazione
- voglia di impegnarsi per l'organizzazione
- sentirsi parte di un team
- voglia di andare al lavoro
- senso di autorealizzazione
- convinzione di poter cambiare le condizioni negative attuali

- rapporto equilibrato tra vita lavorativa e privata
- relazioni interpersonali positive
- valori organizzativi condivisi
- credibilità del management
- stima del management
- percezione di successo dell'organizzazione

La seconda area fa riferimento a: **INDICATORI NEGATIVI DI SALUTE ORGANIZZATIVA**

- Risentimento verso l'organizzazione
- aggressività abituale e nervosismo
- sentimento di inutilità
- sentimento di irrilevanza
- sentimento di disconoscimento
- insofferenza nell'andare al lavoro
- disinteresse per il lavoro
- desiderio di cambiare lavoro
- pettegolezzo
- aderenza formale alle regole e anaffettività lavorativa
- lentezza nella prestazione
- confusione organizzativa in termini di ruoli, compiti, etc
- viene meno la propositività a livello cognitivo
- assenteismo

La terza area fa riferimento ai disturbi individuali riconducibili all'area psicosomatica.

I risultati che si ottengono somministrando il questionario, fungono da base oggettiva e concreta per la determinazione e pianificazione di successivi interventi di sviluppo organizzativo specifici per quel contesto. Le principali aree di azione possono riguardare:

- Interventi sulla struttura e sui ruoli organizzativi
- Interventi di innovazione tecnologica
- Interventi di *Change and Transformation Management*
- Interventi sui processi organizzativi
- Interventi sulla cultura e valori organizzativi

Dal punto di vista di ricerca, studio, strumenti e conoscenza (sapere) sembra esserci abbastanza – anche se ancora molto si sta facendo; dal punto di vista di programmi di Welfare aziendale, di iniziative private a presidio di salute e benessere (saper fare) si evidenziano alcune buone prassi – anche se ancora non sufficientemente presenti. Dal

punto di vista del “prendersi cura” dell'argomento, dell'agire in ottica di prevenzione, dell'agire concretamente a favore del benessere “a prescindere da...” (saper essere) credo che ancora molto, moltissimo si debba e possa fare. Le testimonianze riportate a titolo esemplificativo ad inizio articolo – tratte dalla mia esperienza diretta – sono attuali, attualissime. Parliamo del 2018. E non si tratta di piccole imprese. E quante altre testimonianze ancora si sarebbero potute riportare? Molte. E se ognuno di voi fa riferimento alla propria esperienza o a quella di chi vi è vicino, quanti vissuti simili riconosce? Probabilmente molti.

Come mai il concetto di benessere aziendale – oggi come non mai “in voga” – stenta ad essere consolidato e sistematizzato all'interno delle organizzazioni? Sono sulla bocca di tutti oggi parole come “ottimismo”, “felicità”, “*Mindfulness*”, “*smart-working* e lavoro agile”, “meditazione e rilassamento”, “resilienza”, “gentilezza”, “comunicazione, ascolto ed assertività”, ma quale significato vien loro attribuito? Mi vien da chiedermi se davvero si comprende appieno l'enorme portata e valenza psicologica e comportamentale che ciascuno di questi “strumenti” ha insito in se stesso.

La dimensione traumatica ed il trauma – di lieve o grande intensità - rappresentano forse la causa maggiore di sofferenza umana, ma allo stesso tempo sono le più incomprese e sottovalutate. Forse perché “costano” in capacità, impegno e complessità?! Forse. Il fondamento è di tipo biologico e si manifesta sotto forma di “stato di allerta” per un pericolo percepito. Se questo stato di allerta non si risolve il sistema Psico-Neuro-Endo-Immunitario continuerà ad essere attivato, producendo uno stato di tensione interna che nel tempo manifesterà sintomi a vari livelli e gradi di intensità e danno.

In particolare il trauma psicologico è una ferita subita dalla psiche a seguito di una certa esperienza – singola, ripetuta o prolungata nel tempo - vissuta dal soggetto come “critica”. L'evento traumatico può essere di qualsiasi tipo e la gravità varia da persona a persona; implica un'esperienza di senso di impotenza e vulnerabilità di fronte ad un pericolo percepito (a livello soggettivo o oggettivo). Il perdurare nel tempo di questa condizione conduce ad un vero e proprio “esaurimento emotivo” che influisce significativamente sulle capacità di concentrazione, attenzione, memoria, percezione, analisi e problem solving, comunicazione e relazione, empatia con conseguente perdita di autostima, motivazione, entusiasmo ed autoregolazione emotiva. L'evoluzione e la ripresa dal trauma dipendono da molti fattori sia interni che esterni tra cui la resilienza (*hardness*), la capacità di riorganizzare in modo positivo la propria esperienza a seguito del vissuto traumatico. Per la Psicologia la resilienza assume il significato specifico di capacità di affrontare le avversità della vita, superarle ed uscirne rinforzato o trasformato significativamente. È il risultato dell'interazione dinamica tra le caratteristiche personali dell'individuo (autostima, abilità sociali, tolleranza alla frustrazione, attitudine alla speranza, autoefficacia) e i fattori ambientali e relazionali

(legami familiari, aspettative personali e sociali, livelli di stress a cui si è esposti). Ciò rende la resilienza una qualità non stabile e deterministica per sua natura, bensì “multidimensionale e multi determinata” e situazionale. Studi in ambito di neuroscienze e psicoterapia hanno evidenziato quanto sia importante agire in termini di neuro plasticità cerebrale per modificare le tracce lasciate dagli eventi stressanti e/o traumatici. Gli interventi di sviluppo della resilienza sono volti a favorire comportamenti di socializzazione attiva e di benessere relazionale, con rapporti interpersonali positivi ed elevato sostegno sociale al fine di facilitare e favorire una più efficace regolazione emotiva. Inoltre, fonti di recente letteratura scientifica ci evidenziano la reale efficacia delle tradizioni di meditazione che permettono di coltivare atteggiamenti di compassione e gentilezza che effettivamente aumentano le capacità di socializzazione, di empatia sociale, di tono dell'umore⁶. Queste sono le condizioni che favoriscono la proattività, la creatività, la tolleranza al cambiamento e alla complessità.

Le conclusioni di queste analisi confermano quanto i comportamenti sociali ed emotivi subiscano l'influenza delle esperienze e da esse ne vengano modificate. Lo stress ed i traumi psichici producono delle importanti e durature alterazioni nel comportamento andando a “procurare ferite” al livello di omeostasi neuro-sociale. La ricerca sta iniziando a dimostrare gli impatti positivi degli interventi di promozione di comportamento sociale e benessere su strutture e funzioni neuro-sociali, ma è indubbio che molto debba essere ancora fatto da un punto di vista di diffusione, promozione e “traduzione in azione” degli stessi. Da psicologa “romantica” quale mi definisco, sono certa che molto sarà fatto e – per quanto nelle mie capacità – mi impegno a diffondere e promuovere idee e progetti che possano contribuire alla diffusione di un più ampio concetto di benessere – organizzativo ed individuale. Credo sia necessario e possibile andare oltre il concetto del «Beh sì, è una buona azienda, ci troviamo bene...», e soprattutto trasformare in realtà i tanti slogan che recitano “da noi le persone sono al centro”, “obiettivo primario è far crescere i nostri dipendenti”, attraverso un “paziente” impegno di sviluppo e diffusione concreto e costante di un clima e atteggiamento positivo (reale incontro tra valori degli individui e valori dell'organizzazione) come asset principali per lo sviluppo del business.

L'obiettivo dovrebbe essere, per l'organizzazione, quello di “prendersi cura” degli individui affinché si sentano - per davvero - persone e non risorse. La differenza – non solo terminologica – per mio pensiero ed esperienza è enorme, mentre i gesti e le azioni da fare per iniziare a coltivare e seminare il buon seme del benessere organizzativo possono essere anche molto semplici ma di grande impatto. E per gli individui, invece, l'obiettivo dovrebbe essere quello di “prendersi cura” di se stessi in primis e delle altre persone poi, riconoscendo il valore e l'impatto delle proprie azioni - o non-azioni - sugli altri e sul contesto, perseguendo in tal senso la finalità di sviluppo e miglioramento di

autoconsapevolezza, senso di responsabilità e impegno individuale (le difficoltà non sono sempre episodi provocati dagli altri o dal contesto).

«Saprai a stento chi sono o quale sia il mio significato,
ma sarò benessere per te ciò nonostante . . .»
(Walt Whitman)

Sefora Rosa
Psicologa, Coach, Consulente Organizzativa

Note

1. A. Gorz, *Metamorfosi del lavoro*, Einaudi, Torino, 1992
2. Freud, *Al di là del principio del piacere*, in *Opere*, Bollati Boringhieri, Torino, 1989
3. Per approfondimenti Avallone e Bonaretti, *Benessere Organizzativo*, 2003
4. Foresight Mental Capital and Wellbeing Project, 20084
5. Per approfondimenti Avallone e Paplomatas, *salute organizzativa*, 2005
6. Per approfondimenti Hoffmann *et al.*, *Clinical Psychology Review*, 31, 2011

Bibliografia

- Anzieu D, Tagliacozzo R, Verdolin A. (2005), *L'Io-pelle*, Borla, Roma
- Avallone F, & Paplomatas A. (2005), *Salute organizzativa*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Bellotto M. (1997), *Valori e lavoro. Dimensioni psico-sociali dello sviluppo personale*, Franco Angeli, Milano
- Bisio C. (2009), *Psicologia per la sicurezza sul lavoro: Rischio, benessere e ricerca del significato*, Giunti OS
- Bonazzi G. (2002), *Come studiare le organizzazioni*, Il Mulino, 2002
- (2007), *Storia del pensiero organizzativo*, Franco Angeli, 2007
- Borgogni L. (2008), *Valutazione e motivazione delle risorse umane nelle organizzazioni*. Franco Angeli, 2008
- Campione F. (2014), *Non Lavoro, trasformare la disoccupazione in opportunità*, ed. San Paolo, Cinisello Balsamo, Milano
- Caretti V., Craparo G. (2008), *Trauma e psicopatologia*, Astrolabio, Roma
- Favretto G. (1994), *Lo stress nelle organizzazioni*. Società Editrice il Mulino, 1994
- Fontana F. (2017), *Quando il lavoro fa male. Dal disagio lavorativo alla riqualificazione professionale*, Tabula Fati, Roma 2017
- Freud S. (2007), *Al di là del principio del piacere*, Pearson Italia Spa, 2007
- (2011), *Psicopatologia Della Vita Quotidiana*, Bur
- Gabassi P; Garzitto M. L. (2014), *Persone, lavoro, organizzazione. Una lettura psicologica della vita organizzativa*, Franco Angeli
- Gorz A. (1992), *Metamorfosi del lavoro*, trad.it. Einaudi, Torino
- Mayo E. (2004), *The human problems of an industrial civilization*, Routledge
- Morgan G. (2007), *Images. Le metafore dell'organizzazione*, Franco Angeli
- Sarchielli G. (2008), *Psicologia del lavoro*, seconda edizione, il Mulino, Bologna
- Seligman M. EP, Csikszentmihalyi M. (2000), *Positive psychology: An introduction*, American Psychological Association
- Schein E. H. (1984), *Cultura Organizzativa E Processi Di Cambiamento Aziendali*
- Totaro F. (1998), *Non di solo lavoro*, Vita e Pensiero, Milano
- Trabucchi P. (2007), *Resisto dunque sono: chi sono i campioni della resistenza psicologica e come fanno a convivere felicemente con lo stress*, Corbaccio, Milano
- Weiss L. (2018), *Al lavoro con il cuore*, Harper Collins Italia, Milano



Il vento non lo puoi fermare

Trauma, senso di colpa e rinascita in un romanzo di Elvira Serra

Deleuze leggeva Proust e domandava: che cosa ci fa pensare?

Che cosa ci fa ricordare, che cosa ci mette sulle tracce di noi stessi?

E rispondeva: sono i segni, sono i traumi.

Rocco Ronchi, *Il canone minore, verso una filosofia della natura*

Feltrinelli, Milano, 2017, p. 98.

Che cos'è lo “psichico” di cui Freud vorrebbe essere lo scienziato, se non questo tutto aperto che è sempre presente ovunque, se non il colpo di un unico evento traumatico, che si ripete, variando illimitatamente, in tutta la costellazione di fatti che costituiscono *una vita*?

Ivi, pag.111.

La fantasia si vanta della sua sostanza, non dell'ornamento.

William Shakespeare, *Romeo e Giulietta* (II, 6)

Prefazione

Ho conosciuto Elvira Serra, firma del Corriere della Sera e scrittrice, nel corso della presentazione del suo secondo romanzo *Il vento non lo puoi fermare*¹ avvenuta la scorsa primavera presso il Liceo Statale “Giuseppe Tarantino” di Gravina in Puglia, ove svolgo attività di dirigente scolastico. Le sue modalità comunicative, la capacità di emozionarsi e trasmettere emozioni, mi hanno indotto ad approfondire la lettura di un romanzo che appariva, non so se a ragione, di ispirazione “analitica”. Le correlazioni tra luoghi e moti dell'anima, i frequenti simbolismi, la struttura stessa del testo, rinviavano a significati latenti che, travalicando il senso manifesto delle vicende narrate, invitavano ad una ricreazione dell'oggetto libro. Così, mentre leggevo, mi convincevo che era il libro a leggere me, e non solo me, evocando significati universali del vivere umano².

Tale convinzione si è rafforzata sia dopo aver ascoltato le parole pronunciate nel corso della citata conferenza dall'autrice, determinata nel sottolineare, rivolgendosi alle studentesse e agli studenti presenti, l'importanza di ascoltare se stessi, sia dopo aver appreso, a margine della conferenza, del rapporto di quest'ultima con la figura paterna. In tale circostanza, infatti, Elvira Serra, facendo riferimento al nome attribuito alla protagonista femminile del romanzo, Violetta, rivelò come tale nome fosse stato scelto pensando a suo padre che, in punto di morte, misteriosamente, la chiamò Violetta, quasi volendo ri-denominarla.

La figura della giovane protagonista femminile, simbolo del desiderio che vuole affermarsi, nonché del rapporto con la parola paterna, è da considerarsi, a mio avviso,

complementare a quella del protagonista maschile, Elias e chiave di volta del romanzo il quale, ritengo, possa esser letto come romanzo di formazione (e di de-formazione) nell'incontro con un sapere inconscio che, in qualche modo, ha a che fare con l'esperienza umana. Così come un vero "incontro" è stato quello con Elvira Serra e con la sua scrittura. Esso dà senso al presente lavoro.

Introduzione

Il presente articolo intende proporre una lettura analitica del romanzo *Il vento non lo puoi fermare*, di Elvira Serra in cui le vicende dei protagonisti rinviano all'esperienza di passaggio all'età adulta e di conquista della soggettività attraverso un percorso necessario, per quanto complesso e irto di rischi

Nel romanzo si narra la storia di due innamorati, Elias e Violetta, colti di sorpresa da un evento inaspettato e traumatico il quale rimette in discussione il senso della vita fino ad allora vissuta, ponendo i due giovani di fronte alla tragicità del destino.

Tuttavia, al di là delle vicende narrate, il romanzo può essere considerato pretesto, o meglio pre-testo³, per allargare lo sguardo ad un "testo" soggiacente, ove emerge la relazione tra le soggettività inconscie dell'autore e del lettore. Esse aleggiano oltre gli Io particolari, costituendo quel "circolo ermeneutico" che Heidegger pone a fondamento dell'interpretazione testuale⁴.

Si manifesta, così, sostenuta dalla ricchezza immaginifica di cui si sostanzia, la potenza eidetica del linguaggio simbolico⁵, apparentemente dimenticato dalla contemporanea civiltà della tecnica, realizzandosi l'accesso, attraverso il racconto della storia, alla sorpresa dell'"historia"⁶.

La storia

Una sera, apparentemente come tante, dopo le consuete prove nel coro parrocchiale, Elias Portas, protagonista maschile del romanzo, riaccompagna a casa la sua amica Violetta, di cui è segretamente innamorato.

Quella sera, però, il destino decide diversamente: sulla via del ritorno, alla guida dell'automobile del padre, Elias investe una donna, una madre, e la uccide. Da quel momento la sua vita spensierata, vissuta tra famiglia, università e parrocchia, si trasforma in un incubo. Il giovane si chiude in camera, divorato dal senso di colpa. Taglia i ponti con Violetta, con il canto, con lo studio, con gli amici, con i suoi genitori, Rita e Livio, con se stesso.

Violetta tenta in ogni modo di riportarlo alla vita, sebbene ella stessa sia oppressa dal senso di colpa per quel che è accaduto. «Se non mi avesse riaccompagnato a casa, - pensa - tutto ciò non sarebbe accaduto»⁷. Ma i tentativi di rivedere Elias si rivelano vani: è prigioniero di se stesso. Così, la ragazza decide di riprendersi la sua vita, di scrollarsi di dosso il senso di colpa e di seguire la sua passione: la musica. Abbandona gli studi

universitari, affronta i suoi genitori, Ezio ed Eliana, dichiarando il suo desiderio, e si dedica allo studio della chitarra.

Nel frattempo ad Elias giunge la notizia dell'assoluzione dal reato di omicidio. Si è trattato di caso fortuito, lui non ha colpa. Incredulo, il giovane muove i primi passi verso la libertà e ben presto decide di intraprendere un viaggio, lontano dalla sua terra d'origine, Cagliari, dai genitori, da Violetta, dal ricordo di quanto accaduto. Parte per Roma, contro il volere dei suoi, per andare a vivere con il fratello del padre, Alberto. Lì, pian piano, ricostruisce la sua vita, grazie, anche, all'aiuto dello zio e di un giovane amico, Mattia, anch'egli colto, anni prima, da una grave crisi ed oggi padre felice. Attraverso vari passaggi che lo mettono in contatto con la concretezza del quotidiano, fatta di semplici incontri e di umile lavoro, Elias riemerge alla vita, a Violetta, ai suoi studi, alla passione per la letteratura, all'amata terra d'origine. Dopo un lungo errare, torna a Cagliari ove finalmente può concedersi di rivedere Violetta, liberarsi dal senso di colpa che lo ha oppresso per due lunghi anni, decidere di incontrare il marito della donna travolta dall'auto da lui guidata, Giacomo Contu, che, al tempo dell'incidente, aveva espresso odio e disprezzo nei suoi confronti, bollandolo come viziato e irresponsabile: un assassino.

Elias, dunque, prende il coraggio a due mani, si reca a casa del vedovo e, anche se non accolto, chiede perdono. Il passo successivo è quello di affrontare Violetta ed il suo amore per lei. Nel frattempo, però, Violetta si è ammalata di una grave malattia. Ancora una volta i due giovani devono fare i conti con la tragicità del vivere. Elias questa volta non arretra. È un uomo, ormai, capace di affrontare il destino, nel suo darsi imperscrutabile, nel suo continuo oscillare tra gioia e dolore, tra senso e non senso, tra vita e morte.

Un mattino solo apparentemente come tanti, il nastro della vita sembra riprendere il suo naturale svolgersi: un soffio di vento, la speranza di guarigione, un cammino comune, la richiesta di Elias a Violetta di sposarlo.

Un sorvolo sull'*historia*

Il buio apre la scena. Elias, immobile, il tempo rallentato, sorpreso dall'Altro, che ignoto, improvviso, lo sradica dalla quiete della vita familiare. Come un fuscello, travolto dalla forza del Maestrone.

Il giudice interiore nega e impedisce. Il colpo, la colpa, esplodono i pensieri che si muovono indipendenti e illogici. L'io, le certezze, sono in frantumi. È bastato un attimo e la vita si è capovolta, il giorno è la notte, la notte è il giorno.

Lalingua familiare, la parola impastata di corpo, sguardi liquidi e baci materni, caldi colori di una patria sicura, è perduta. Elias è solo di fronte a se stesso e alla colpa ritorta come lama straziante.

La vita, la musica, l'amore nascente, sono ricordi lontani.

«Andava piano, tanto ormai era quasi a casa [...] Forse accelerò. Non riuscì a ricordarlo, dopo. Fu un secondo. Sentì un colpo, vide un corpo sul vetro. O era il contrario? Frenò. Ormai era inutile»⁸.

Il trauma segna l'inizio di un percorso drammatico che condurrà il giovane Elias Portas, protagonista del romanzo, ad assumere la responsabilità della scelta e a nascere una seconda volta, dopo aver attraversato l'angoscia della cattività e la prigionia del senso di colpa.

Un incidente d'auto, la morte di una madre, lo sguardo triste di una figlia ancora bambina, l'odio di un uomo rimasto vedovo, proiettano il protagonista maschile del romanzo in una nuova dimensione, espellendolo traumaticamente dall'ovattato mondo familiare. Dimensione che, in qualche modo, appartiene a ciascun essere umano nel passaggio obbligato dall'innocenza alla fatica dell'età adulta, dalla deformazione originaria⁹, alla costruzione di una soggettività che, tornando, quando e se può, a deformarsi, rotti gli argini della struttura ecololica¹⁰ si autorizza ad “esprimersi, per poter essere com'è”¹¹

A ben vedere, la vita, nel suo senso più umano, inizia sempre con un evento inaspettato che tradisce l'innocenza originaria, con un trauma. È il trauma, nella Bibbia simbolizzato con la cacciata dall'Eden¹², che apre l'accesso al mondo umano della responsabilità e della fatica, fuori dal recinto protetto da Dio.

James Hilman, in *Puer Aeternus*, descrive con chiarezza il punto, richiamando la storiella di un padre ebreo che, volutamente, tradisce la fiducia del figlio, non accogliendolo tra le braccia quando giocando con quest'ultimo, dal lui stesso incoraggiato, si lancia da una scalinata¹³. Con il suo sottrarsi all'accoglienza, con il suo voluto tradimento, il padre intende insegnare qualcosa di fondamentale al figlio, ovvero che la sua paternità è modellata su quella di Dio, di quel Dio lodato nelle preghiere come giusto, ma che in realtà è infido, ingiusto, imprevedibile, «Il padre dice, insomma: Ti ho tradito come tutti siamo traditi nella natura traditrice della vita creata da Dio. L'iniziazione del ragazzo alla vita è l'iniziazione alla tragedia dell'adulto»¹⁴.

Il trauma, allora, cela in sé il serpente adamitico del tradimento e della cacciata dall'Eden.

Ancora Hilman: «Se prendiamo il racconto biblico come paradigma della vita [...] allora dovremo aspettarci che, perché i rapporti evolvano, la fiducia originale debba essere spezzata; non solo, dovremmo aspettarci che essa non sarà superata per il semplice fatto di crescere. Si verificherà una crisi, una rottura caratterizzata dal tradimento [...] condizione *sine qua non* per [...] l'ingresso nel mondo reale, il mondo della coscienza e della responsabilità umane»¹⁵.

Dio, la Natura, l'Altro, simbolizzati da Elvira Serra nel vento, non sono assoggettabili alla volontà umana: gli eventi accadono. Oltre noi. Ed il giovane Elias ne sperimenta tutta la tragicità.

Vi è, tuttavia, anche un differente senso del termine “Altro”. Si tratta dell'alterità che attraversa il cuore stesso del soggetto, sorprendendolo nella sua esistenza, così come la passione per la musica sorprenderà Violetta e, dopo un lungo e faticoso cammino, la passione per la letteratura riconquisterà Elias.

È un senso ben strano, meglio, straniero, che supera la distinzione tra interno ed esterno e che Jacques Lacan chiama “estimità”¹⁶. È il desiderio particolare del soggetto, che bussa alla porta dell'identità deformante, chiedendo imperiosamente che il vento possa soffiare, che il respiro possa animare la vita.

La figura di Violetta fa da contraltare a quella del protagonista maschile nello snodarsi del romanzo. Il trauma sembra troncare l'amore nascente tra i due giovani, gettando nel buio della colpa entrambi. Violetta, tuttavia, diversamente da Elias, giungerà presto a riconoscersi nella sua differenza, lasciando emergere l'Altro che caratterizza la sua soggettività, poiché è «una sua fissa scoprire l'essenziale»¹⁷. E l'essenziale è la musica che le nasce dentro, elemento fondamentale del romanzo, connessione vitale tra i due giovani, accolta come ineludibile scelta di desiderio, ponte lanciato al suo amato per tornare a sé dopo il trauma.

Violetta ed Elias, nel romanzo, sembrano incarnare, l'uno il doppio dell'altro, modalità di accesso alla soggettività, che trovano nella dimensione temporale la loro differenza.

La prima, subito certa di sé, emerge dal trauma e dal senso di colpa per una madre uccisa, scegliendosi nel desiderio e separandosi dall'immaginario genitoriale con la fermezza di una parola che taglia ogni possibile velo confusivo, infrangendo lo specchio dell'io riflesso. «Lei era sempre in piedi, un fascio di nervi, ma con un lampo di determinazione negli occhi. Non avrebbe cambiato idea, non era lì per chiedere il permesso. Stava facendo un annuncio, era diverso»¹⁸. Aveva scelto la musica, aveva scelto di lasciare l'università e di non corrispondere al desiderio dei suoi genitori.

Il secondo, invece, ripiegato su se stesso, deve compiere una lunga traversata per giungere a trovarsi.

Figura complessa, quella di Elias¹⁹, nel suo rapporto con la riscoperta e l'accettazione di sé, a partire dal modo in cui è venuto al mondo, in un primo momento non desiderato da sua madre, Rita, che aveva provato a fermarne la vita, immaginando di espellerlo dal suo grembo prima ancora che la luce potesse guardare il suo respiro. Eppure, la spinta alla vita era prevalsa, sostenuta dal desiderio del padre, Livio, parola maieutica, doppio ausiliario della figura materna. Non sappiamo quanto, per l'autrice, il decentramento dello sguardo di madre, sia pur breve, il rifiuto, subito ritrattato, di far nascere Elias, possa aver causato la difficoltà di quest'ultimo di guardarsi e di ascoltarsi nel suo essere più profondo. Né sappiamo se il trauma abbia potuto cogliere, a posteriori, un senso diverso del destino di Elias, dopo il colpo causante la ferita, già presagito nel decentramento del desiderio di Rita che visse come perturbante il fantasma del nascituro.

Può essere che il desiderio del desiderio dell'altro abbia trovato in Elias la sua assenza nell'ombra, sia pure fuggevole, dell'assenza del desiderio materno e che, per questo, egli abbia dovuto affrontare un percorso lungo e sofferto per trovare la sua via?²⁰

Può essere che l'autrice colga nel benevolo sguardo di Ezio, padre di Violetta, la porta che apre l'accesso al desiderio²¹ mentre adombri nell'incertezza di Rita e di Livio, genitori di Elias, prima della nascita di quest'ultimo l'una, e al momento della decisione di separarsi dal giovane, l'altro, la causa del diverso destino?

Certamente a Violetta l'autrice concede una opportunità differente. Non a caso il suo nome rimanda all'opera lirica verdiana in cui la protagonista sceglie il suo amore per Alfredo. Senza tentennamenti. Violetta, sceglie la musica, decidendo di non remare contro se stessa, contro il suo desiderio, contro la sua stessa vita. «Perché ciò sarebbe profondamente ingiusto»²².

Così Elvira Serra scolpisce, attraverso la nitida figura della protagonista femminile del romanzo, un senso del dover essere ben lontano dall'obbedienza al desiderio dell'Altro, e già depurato dalla colpa immaginaria: «Violetta stava scoprendo, e *assomigliava ad una rivelazione*, che l'unico conto sospeso lo abbiamo con noi stessi e con nessun altro e che smettere di respirare, finché siamo vivi, non è possibile»²³. Per questo, in seguito all'incidente in cui una madre muore, la ragazza, dopo essersi autoaccusata di aver causato il trauma per il solo fatto di aver chiesto un passaggio in auto al suo giovane amico, emerge dal senso di colpa compiendo il fondamentale passaggio all'etica intesa come possibilità di riannodare la Legge al desiderio²⁴. Dove la colpa, la vera colpa dell'essere umano, è quella di tradire se stesso²⁵.

La figura di Violetta, in Elvira Serra, incarna il desiderio, la passione che si manifesta senza dubbi e incertezze, scarna ed essenziale, «testarda e diretta...decisa ad andare fino in fondo, non accontentarsi, scartare fino a trovare il meglio per sé [...]»²⁶. Voce «singolare femminile come la sua esistenza»²⁷ dirà l'ancora ingenuo Elias con-fuso tra le voci di un coro parrocchiale che sa di materno, di quiete prima della tempesta, di culla per il *puer* non ancora attraversato dal taglio traumatico dell'Altro.

Per la sua chiarezza rispetto all'amore, il personaggio di Violetta può essere accostato a quello di Antigone che, nella omonima Tragedia di Sofocle²⁸ decide, ferma, di portare fino alle estreme conseguenze la scelta di dare sepoltura all'amato fratello. Decide, cioè, di «non cedere sul proprio desiderio», o, di più, di «volere ciò che desidera»²⁹.

Elias, invece, «per giungere a volere ciò che desidera, deve pagare di persona...nella sua persona, per il riscatto del suo desiderio...»³⁰. Come Edipo, egli viene svegliato dal trauma alla volontà di conoscere. E, come Edipo, anch'egli erra lontano dalla sua terra, spinto dalla volontà di vedere³¹, mosso dalla necessità di conoscere, poiché, forse, non riconosciuto nel tempo della sua preistoria.

Il suo inconscio ha sentito il rifiuto della madre, così come l'inconscio di Edipo sa di esser stato scacciato, ucciso dal padre?

Tornare a se stesso dopo il trauma, dopo il buio, dopo l'afasia dell'insensato, è la spinta che muove il protagonista alla faticosa ricerca di un nuovo senso del vivere. Ricerca che non può darsi, tuttavia, se non a seguito della decisione, della separazione.

Elias, dunque, ovvero colui che ha da compiere il cammino di liberazione dall'oppressione della colpa, lascia l'amata Sardegna, si separa da Rita e Livio, i genitori dell'età innocente, e si avvia ad essere il Padre del Nome³², incamminandosi verso il desiderio particolare, il "segreto" che lui stesso è³³.

Nel romanzo di Elvira Serra sembra si giochi, attraverso la storia dei due protagonisti, il conflitto edipico che Sigmund Freud, pone a fondamento dell'evoluzione di ogni soggetto e che riguarda i complessi rapporti dei figli con le figure genitoriali. Conflitto che, come già detto, richiede il compimento di una traversata, a volte lunga e difficile, che ogni essere umano deve compiere, per giungere a formarsi quale soggetto.

La letteratura di ogni tempo, ci ha consegnato varie opere, in cui tale percorso è adombrato.

Così, ad esempio, la figura biblica di Giona, nella struttura essenziale sottesa alla narrazione, può accostarsi al senso più profondo del romanzo di Elvira Serra³⁴.

Nel testo biblico, infatti, Giona è chiamato da Dio al suo destino, ma non ha la forza di portare a compimento tale destino e, perciò, si rifugia nel fondo di una nave, il quale somiglia alla stanza-prigione di Elias, così come la tempesta che coglie i marinai quale punizione inviata da Dio, può accostarsi alle allucinazioni che perseguitano il giovane rinchiuso nella sua camera.

Allo stesso modo Pinocchio, il burattino di Collodi, per trovare la sua strada, deve passare, come Elias, attraverso la cattività, prigioniero nella pancia buia come l'inchiostro di un tremendo mostro³⁵. Lì potrà, finalmente, farsi carico di un senso più adulto della vita, assumendo simbolicamente il proprio padre sulle spalle e, sostenuto da una figura ausiliaria, il tonno, compagno di disavventura, potrà prendere contatto con il mondo reale, attraverso il lavoro e la fatica, riconciliarsi con le figure genitoriali e trovare un posto nel mondo. Non è difficile cogliere la somiglianza delle avventure di Pinocchio con le vicende del giovane Elias a Roma e con il suo ritorno a Cagliari, terra natia, dopo il cammino di separazione e di passaggio attraverso la relazione con l'alterità.

Nella Divina Commedia Dante, alla stessa maniera del giovane protagonista del romanzo, varca la soglia degli inferi («Per me si va nella città dolente, per me si va nell'eterno dolore, per me si va tra la perduta gente»)³⁶ per compiere il cammino ultraterreno nell'abisso del peccato fino a giungere, nel Paradiso, a contemplare l'amore eterno. E, probabilmente, non è un caso se il cognome attribuito al giovane Elias dall'autrice è *Portas*: soglia che conduce all'inferno, simbolizzato dalla camera buia ove il giovane resterà segregato, prigioniero di se stesso, per due anni, allucinato dalla visione di famelici *barracuda* che si materializzano sulla parete assumendo evidenti tratti superegoici.

Lo stesso Gesù Cristo, prima di nascere a nuova vita, subisce le più terribili persecuzioni e si re-infeta nel sepolcro da cui, dopo tre giorni, risorgerà, così come, prima di iniziare la sua predicazione a trentatré anni, si era ritirato, in solitudine, nel deserto, ove aveva affrontato il demonio.

Ma qual è la colpa di Elias? Egli ha ucciso una madre. Una madre reale, la madre immaginaria.

Il percorso evolutivo rappresentato nel romanzo, nella sua universalità, sembra chiaro: trauma, omicidio simbolico, colpa, separazione, traversata, lenta ricostruzione dell'identità, nascita del soggetto al desiderio ed alla complessità ed ambivalenza della vita umana.

Ma, per nascere alla soggettività, Elias deve, innanzitutto, fare i conti con l'oggetto materno. Deve separarsi dalle immagini infantili. Così, ad un preciso punto della narrazione, quello che segue immediatamente il trauma legato alla scomparsa di una madre, compare un'altra madre che accoglie il figlio, il suo bambino, pensando «solo poche ore fa giocavamo, perché adesso questo?»³⁷ e si accinge a lavarlo «come quando era bambino e non voleva mai uscire dall'acqua» accorgendosi, mentre lo sveste, che «il sesso morbido pendeva come un corpo estraneo» e che «suo figlio era diventato un uomo e lei non se n'era accorta»³⁸. E in un altro punto del romanzo, Elias, sulla via della separazione, vedendo la madre che piange «rivolta verso la finestra, con le spalle alla porta e il corpo robusto sobbalzare a ogni singhiozzo represso»³⁹, non può abbracciarla, non può dirle «mamma, smettila, ora basta, sono di nuovo io»⁴⁰.

Perché in realtà Elias non è più Elias. Egli sta trasformandosi in qualcos'altro. Una trasformazione che deve passare attraverso la sofferenza dei genitori e la separazione dei figli.

Non dice forse Gesù sulla croce a sua madre, indicando l'apostolo Giovanni: «Donna ecco tuo figlio e a Giovanni: figlio, ecco tua madre» (Giovanni, 19, 25-27). Non è questo, forse, il significato più chiaro del passaggio dell'essere umano dai rapporti di sangue al rapporto con la parola, o, come nel vangelo, all'assunzione del verbo che si fa carne? Cos'altro è l'icona della pietà, simbolo archetipico della religione cristiana, se non l'ultima accoglienza della madre, il suo dolore e la sua rassegnazione, prima della separazione e della resurrezione del figlio? E cos'altro è lo Spirito Santo se non il risveglio della parola, di una parola che vuol farsi universale ben oltre i legami di sangue? E, dunque, in quale altro modo può intendersi il risveglio di Elias, se non come conquista della parola soggettiva che si erge di fronte al mondo, alle sue insidie ed alle sue contraddizioni perché vuole esistere?

Un risveglio che, sicuramente, segue la potente spinta verso la vita, ma che, al tempo stesso, non può non confrontarsi con il male ad essa frammisto e con il tragico volto della morte che segna la vita stessa. In tal senso è forse possibile affermare che il romanzo di Elvira Serra si sviluppa a partire dall'ambiguità e contraddittorietà del vivere

umano, inesorabilmente ambivalente, sempre in balia della possibilità che il destino cambi le sue sorti.

Per questo, probabilmente, l'autrice disegna i personaggi del romanzo in chiaroscuro, rinviando all'incertezza della condizione umana, sospesa tra l'essere e il non essere, tra l'amore e la morte. Ella sembra, infatti, voler consegnare al lettore personaggi colti nel vivo delle loro contraddizioni.

In realtà, contraddittorio appare il senso di tutto il romanzo, il quale s'inerpica sul crinale che corre tra vita e morte, tra angoscia e felicità, meglio svelato nel finale, dove il ripiegamento di Violetta, gravemente ammalata, a sorpresa, s'incrocia con la maturità raggiunta da Elias, e con una nuova speranza d'amore.

Ed ecco, allora, che Rita, madre di Elias, è presentata, contemporaneamente, come donna vitale, votata all'accoglienza per passione e professione, eppure, come suo figlio, prima di lui, attraversata dal vissuto della colpa per aver desiderato che quel figlio non nascesse.

Livio, padre di Elias, è tratteggiato come uomo fragile ed incapace di accettare la separazione del figlio, ma anche come genitore pieno di attenzioni al momento dell'addio.

Zio Alberto, fratello maggiore di Livio, suo prolungamento paterno, figura di sofferta conquista della propria diversità, è presentato come guida sicura, ma, nello stesso momento, come silente simbolo del conflitto con la figura paterna.

Mattia, padre felice e vitale, giovane uomo capace di affermare il proprio desiderio, è descritto come Io ausiliario di Elias nel passaggio al contatto con il mondo reale, fatto di lavoro e fatica, ma, contemporaneamente, anch'egli, come figura velata dall'ombra di un passato difficile.

Eliana ed Ezio, madre e padre di Violetta, sono rispettivamente consegnati al lettore la prima come personaggio apparentemente incapace di ascolto, eppure ferma figura di riferimento quando accoglie e protegge sua figlia sofferente, il secondo come sguardo che sostiene il desiderio, unico personaggio a cui l'autrice riserva un destino scevro da stridenti contraddizioni, così come scevra da ogni ambiguità appare la figura di Violetta⁴¹.

E, infine, Loredana Pintus, personaggio a cui è affidato il compito di incarnare il rimorso per l'uccisione di una madre e, insieme, la malinconia per l'innocenza perduta e Giacomo Contu, padre fantasmatico e persecutorio, potente immagine del senso di colpa con cui, appunto, bisogna "fare i conti" per poter tornare a vivere, ma, nel medesimo tempo, chiaro rinvio alla fragilità di chi è impossibilitato ad accettare il proprio destino.

Sarà con quest'ultimo che il protagonista del romanzo riuscirà, appunto, a fare i conti, affrontando, il fantasma della colpa e conquistando, finalmente, la propria parola soggettiva.

Potrà così accedere all'amore per la donna ed all'accettazione, fuori dal chiuso recinto paradisiaco, del senso tragico dell'esistenza, dove vita e morte, abisso e speranza sono intrecciati e indissolubili come nel meraviglioso contrappunto delle *suite* per liuto di Johan Sebastian Bach, vero oggetto di resistenza alla morte⁴², e dove «... si deve sopportare tutto coraggiosamente perché tutte le cose non, come crediamo, avvengono, ma vengono»⁴³.

Berardo Guglielmi

Dirigente Scolastico, Sociologo, Formatore

Note

1. Elvira Serra, *Il vento non lo puoi fermare*, Rizzoli, Milano, 2016.
2. Dal punto di vista della scienza positivista non sarebbe possibile considerare universali leggi relative a fenomeni che non possiedono caratteristiche di osservabilità e riproducibilità. Ciò significa che qualunque esperienza interiore, e la psicoanalisi stessa, non avrebbero alcun fondamento scientifico, così come non avrebbe alcun fondamento scientifico qualsiasi tipo di conoscenza che non si basi su dati sperimentali. Non è questa la sede per mostrare come tutte le teorie scientifiche siano intessute di concetti tutt'altro che empirici, derivati non dall'osservazione, bensì da tradizioni di pensiero e idee che non posseggono, né possono possedere, i requisiti richiesti da una presunta scientificità fondata sul "dato" e sull'induttivismo. Si rimanda, pertanto, in proposito a Popper K.R., *The Logic of Scientific Discovery*, 1934, Trad. it. *Logica della Scoperta Scientifica*, di Mario Trincherò, Einaudi, Torino, 1970 e a Laudan L., *Progress and its problems, Towards a Theory of Scientific Growth*, The Regents of the University of California, 1977, Trad. It. a cura di E. Rivero, *Il Progresso Scientifico, Prospettive per una teoria*, Armando, Roma, 1979. Per quel che mi riguarda, ritengo che, sebbene la convinzione che esistano esperienze universali del vivere umano non possa e non debba condurre ad arrogarsi la pretesa di aver scoperto leggi valide in ogni tempo e luogo, resta fondamentale cogliere l'origine del sapere umano, sempre commisurata all'esperienza intesa come "vissuto", nella relazione tra soggetto e oggetto, nell'intersezione tra potenza creativa del linguaggio e "incontro/scontro" con ciò che dall'esterno "viene".
3. Augusto Ponzio, docente di filosofia del linguaggio presso l'Università degli Studi di Bari, nell'introduzione al testo *Tra linguaggio e letteratura*, chiarisce come la letteratura sia "una pratica dialogica che, come ogni effettiva comunicazione interpersonale, si basa sul rapporto di alterità il quale, ... anziché impedire la comprensione del testo, favorisce la presenza nel testo della lettura, di interpretanti adeguati al testo della scrittura, capaci di trovarvi sensi e dimensioni di cui lo stesso "Autore" non è consapevole" (cfr. Augusto Ponzio, *Tra linguaggio e letteratura*, Adriatica, Bari, 1983, cap. primo, *Insegnare letteratura*, p. 12 e segg.). Il linguaggio, insomma, non dice, chiede. L'opera letteraria non dà un senso, ma domanda di essere interpretata, diviene quasi pre-testo, ovvero testo che precede un altro testo, fuori dalle parole fossili. Solo se vi è comprensione e fusione di sensi vi è mediazione culturale e crescita.
4. Secondo Martin Heidegger il conoscere non consiste nell'andare di un soggetto verso un oggetto semplicemente presente o, viceversa, nel rispecchiare l'oggetto da parte del soggetto, ma è originariamente "interpretazione", cioè articolazione di una pre-comprensione di un certo contesto di significati. È questa l'ermeneutica intesa come teoria dell'interpretazione di testi. È questo il senso che il presente articolo vuole conquistare cercando "... una possibilità positiva del conoscere più originario" nel tentativo di far emergere la pre-veggenza "dalle cose stesse... garantendosi così la scientificità del proprio tema". (cfr. Martin Heidegger, *Essere e tempo*,

Niemeyer, Tubinga, 1927. Trad. it. cura di Pietro Chiodi, UTET, Torino, 1969).

5. A proposito della potenza eidetica della visione e del linguaggio simbolico, si veda George Groddeck, *Il linguaggio dell'Es*, Limes Verlag Max Niedermayer, Wiesbaden, 1964. Trad. it. Bompiani, Milano, 1984.

6. Nell'insegnamento di Marisa Davy, maestra di psicoanalisi e di psicodramma analitico, il termine *Historia* richiama l'esperienza interiore, anche inconscia, che costituisce e ricostruisce, *après coup*, il senso La "storia", invece, ha a che fare con i cosiddetti "fatti" riguardanti l'agire umano dell'esperienza del soggetto, fondandosi sul "vissuto" e sulla sua atemporalità e aspatialità.

7. Elvira Serra, *cit.*, p. 66

8. *Ibidem*, p. 59.

9. Per Jacques Lacan il soggetto è costitutivamente deformato dall'azione letale del significante: originariamente alienato. Tuttavia, se il concetto di alienazione coglie la dipendenza del soggetto dal significante, quello di separazione illustra la modalità di sganciamento del soggetto dal significante stesso e, dunque, la possibilità di trovare una consistenza a essere attraverso l'estrazione dell'oggetto piccolo a. Cfr., a tal proposito, A Diciaccia, M. Recalcati, *Jacques Lacan*, Paravia Mondadori, Milano, 2000, pp.61-68.

10. Marisa Davy esprime in maniera chiara il rovescio del concetto lacaniano di de-formazione originaria, evidenziando la necessità, per lo psicoterapeuta, ma, io credo che ciò possa valere per qualsiasi soggetto, di andare oltre il desiderio di acquisire una "tecnica" o impossessarsi di una formazione che si fermi alla ripetizione ecolalica, all'identificazione con il supposto sapere, per giungere ad ascoltare l'altro e se stessi oltre l'interpretazione, al di là di quel che "si deve fare". Per deformazione, dunque, si può intendere, a mio parere, nella lettura del pensiero di Davy, sia quel che comunemente si dice "deformazione professionale", ovvero scadimento nella ripetizione di una tecnica che non tende a cogliere l'altro nel suo essere più vero, sia la necessità, per accedere alla verità particolare del soggetto dell'inconscio, di tornare a de-formarsi dopo essersi formati. Ovvero di cercare una parola soggettiva che provi a trovare una consistenza ad essere attraverso il processo di separazione. In tal senso cfr. Marisa Davy, *A proposito di de-formazione, Intervento al convegno S.I.Ps.A., Roma, 2004, pp. 1-3.*

11. *Ibidem*, p. 4.

12. *Antico testamento, Genesi, 3, 3.* La cacciata dall'Eden, ad una lettura simbolica, può farsi coincidere con l'amore tra uomo e donna, i quali mangiano dall'albero della conoscenza. Se si tiene presente che nel Antico Testamento conoscere una donna significa avere rapporti intimi con lei, che il serpente è spesso posto come simbolo sessuale maschile e che mangiare una mela in molti casi rinvia al rapporto sessuale, si può cogliere il significato della narrazione biblica relativa alla caduta nel peccato di Adamo ed Eva e alla cacciata dal Paradiso terrestre, nonché le analogie con la struttura di fondo del romanzo di Elvira Serra.

In esso la colpa, la "causa" è quella, da parte dei giovani protagonisti del romanzo, di aver "tradito" il padre, o più in generale, le figure genitoriali, con il sopraggiungere del desiderio di assumere la stessa potenza generativa di chi li ha creati per trasformarsi in Uomo e Donna. Ciò comporta la separazione da una condizione protetta all'ombra di Dio, ove, per vivere, non si richiedono, ancora, fatica e sudore della fronte, né è ancora compiuta la scelta di accedere al mondo della responsabilità. Un mondo "causato" dall'assunzione del desiderio di accedere alla maturità dell'amore, alla creatività della procreazione, alla possibilità di darsi i mezzi di sussistenza attraverso il lavoro e di dover dare un senso al mondo. A proposito della lettura simbolica del testo biblico, Cfr. George Groddeck, *cit.*.

Sul rapporto tra i concetti di "colpa" e di "causa", ovvero sull'origine giuridico-religiosa, ovvero extra-scientifica, di spiegazioni del mondo fondate sulla legge di causalità la quale è posta a fondamento del determinismo scientifico, si veda Agamben G., *Karman, breve tratto sull'azione, la colpa e il gesto*, Bollati Boringhieri, Torino, 2017.

Mi sembra interessante notare, a proposito del rapporto che Agamben individua tra “colpa” e “causa”, come l'ingresso nel mondo della “causa”, a partire dalla causa prima, ovvero dal peccato, dall'errore di aver voluto assumere la potenza creativa che originariamente appartiene al Padre, rinunciando quasi inconsapevolmente all'ingenuità del *puer*, dia origine anche alla temporalità intesa come connessione causale e come presa di coscienza della finitudine che s'impone all'umana esistenza.

13. James Hilman, *Puer aeternus* (1964), Ed. It. Adelphi, Milano, 1999, p. 22.

14. *Ibidem*, p.23.

15. *Ibidem*, p. 20.

16. Per Jacques Lacan l'intimità è attraversata interamente dall'Altro, dall'esteriorità. L'esterno, il significante, ci attraversa intimamente in quanto soggetti barrati, divisi. Così si esprime Lacan, in proposito: “Il soggetto non è fondato, non è introdotto in altro modo che in quanto effetto di significante e riferirsi allo schema del significante come rappresentante del soggetto per un significante che, per sua natura è altro da cui dipende la ripetizione di S con questo A in quanto luogo dei significanti. È qui, in un posto che possiamo designare con il termine estimo congiungendo l'intimo all'esteriorità radicale”. (Jacques Lacan, *Il Seminario. Libro XVI*, 1968,1969, pp. 248-249). È il vento che soffia impetuoso dall'esterno intersecando e strutturando il respiro vitale del corpo e dell'anima di Violetta attraverso l'oggetto musicale (piccolo a) estratto dal campo dell'Altro. Per dirla in altri termini «con un'irruzione possente la musica s'insedia nel nostro intimo e sembra vi elegga domicilio. Sicché l'uomo che viene a essere abitato e posseduto da questo intruso, e anzi rapito a sé, non è più se stesso: si trasforma [...]». Questa operazione irrazionale e persino inconfessabile si compie al margine della verità – perciò ha qualcosa della magia più che della scienza dimostrativa». Jankelevitch, *La musica e l'ineffabile*, Milano, Bompiani 1991, p. 172, in *L'Oggetto smarrito, Perdere e ritrovare, ascoltando*, testo di Riccardo Giagni presentato da Giovanna Lorusso nel corso dell'incontro S.I.Ps.A. tenutosi a Bari il 30 giugno 2018.

17. Elvira Serra, *cit.*, p. 15.

18. *Ibidem*, p.105.

19. Nel nome è scritto il destino del soggetto? Perché l'autrice chiama Elias il protagonista del suo romanzo? Certamente, come lei stessa ha evidenziato a margine di una conferenza di presentazione del romanzo tenuta la scorsa primavera presso il Liceo Statale “Giuseppe Tarantino” di Gravina in Puglia e, anche, all'interno del romanzo (*cit.*, p. 27), per un riferimento ad *Elias Portulu*, protagonista dell'omonimo romanzo di Grazia Deledda, scrittrice grandemente ammirata. Il nome *Elias*, nella vicenda narrata da quest'ultima, rinvia, come in quella raccontata nel romanzo di Elvira Serra, al senso di colpa e al dissidio interiore tra la fede verso se stessi e il timore suscitato dallo sguardo superegoico della morale comune oltre che alla fuga di fronte all'amore per una donna. Ma rinvia, anche, alle vicende del profeta Elia, il cui nome significa “Dio è il mio signore”. Elia, nell'Antico Testamento è presentato come uomo di fede: ascolta la voce di Dio, è fedele all'Altro che lo attraversa. Eppure anch'egli, come il protagonista del romanzo di Elvira Serra, a un certo punto della sua vita, si smarrisce, perché minacciato di morte da Gezabele, a seguito di un omicidio. Per questo il profeta deve fuggire cadendo in una vera agonia, che ricorda quella di Mosè e quella di Gesù, oltre che quella del giovane Elias. Rifugiato in una caverna sul monte *Oreb*, timoroso che lo uccidano, dopo aver, a sua volta, ucciso, entra in quarantena. Finché la voce di Dio, sottoforma di vento, non lo esorta a riprendere in mano il suo destino, che è quella di affermare la verità e la fede e così lui fa, tornando alla sua missione originaria (*Antico Testamento, Re, 19*).

20. A proposito dell'ambivalenza del desiderio materno, vedi Silvia Vegetti Finzi, *Il bambino della notte. Divenire donna, divenire madre*, Mondadori, Milano, 1995 e, della stessa autrice, *L'ospite più atteso, vivere e rivivere le emozioni della maternità*, Einaudi, Torino, 2017.

21. L'accesso al desiderio soggettivo si realizza, secondo Lacan, ove le relazioni della complessa

triade madre-bambino-fallo consentano l'intervento del padre reale, quarto elemento, il quale si fa portatore, tuttavia, della funzione simbolica. Possibilità che è data solo dalla condizione che la relazione madre-bambino...sia suscettibile di integrare validamente la funzione fallica. Il che vuol dire che il rapporto fallo-madre-bambino, la sua riuscita o il suo scacco, ... è direttamente correlata con la riuscita o lo scacco della metafora paterna, la quale consente l'accesso al desiderio. Nel romanzo, allora sembra, che la metafora paterna, per le vicende che hanno riguardato i loro complessi rapporti con l'immaginario paterno e materno, abbia fatto maggiormente presa su Violetta che su Elias.

22. Elvira Serra, cit., p.101

23. *Ibidem.*

24. Sul senso di un dover essere differente dalla morale comune, lontano dal "sì" heideggeriano, e dal dominio superegoico della civiltà della tecnica, o, per dirla con Lacan, dal discorso del capitalista, si veda Massimo Recalcati, *Contro il sacrificio*, Cortina, Milano, 2017.

25. Un'etica veramente umanistica pone recisamente l'essere umano dalla parte di se stesso, distinguendo l'egoismo dall'amore di sé. In tal senso appare illuminante quanto espresso da Erich Fromm nel testo, *Dalla parte dell'uomo*, Holt-Rineart and Wiston, New York, 1947, trad italiana, Astrolabio, Roma 1971.

26. Elvira Serra, cit., p.265.

27. *Ivi*, p. 52.

28. Sofocle, *Le tragedie*, a cura di Tonelli A., Marsilio, Venezia, 2004.

29. Antonio Di Ciaccia, Massimo Recalcati, cit., p. 219

30. *Ibidem.*

31. Per George Groddeck la funzione visiva esercitata dagli occhi va ben oltre l'illusione della scienza contemporanea, tesa a registrare la realtà oggettiva. In realtà lo sguardo è strettamente collegato con i conflitti inconsci o con le capacità di veggente che l'essere umano possiede. Spesso la visione "oggettiva" offusca la capacità eidetica di cogliere ciò che sta oltre l'immediato. Non per nulla gli oracoli dell'antichità sono raffigurati come ciechi: essi posseggono ben altra capacità di visione rispetto alla pretesa oggettività del sapere positivistic. E, d'altra parte, Edipo è il prototipo di coloro che non vogliono vedere quel che è sotto i loro occhi. Cfr, in proposito, George Groddeck, cit..

32. Così Ugo Amati si esprime a proposito del rovesciamento del Padre del Nome nel Nome del Padre: «Ma cosa fa Virgilio [nell'Eneide] il quale sembra capire fino in fondo il valore di un figlio che assume la parola del padre, diventando egli stesso, in quel preciso istante, maestro e timoniere? Accredita una versione più romanzesca secondo la quale Enea fugge tra le fiamme, portando Anchise sulle spalle, Ascanio in braccio e caricandosi, inoltre, degli dei più cari a Troia, i Penati [...] È la quadratura del cerchio che si compie all'insegna della riconciliazione tra padre e figlio, sancita dal declino del conflitto». E ancora: «Cosa c'è dietro al comandamento: onora il padre e la madre? C'è il tema della riconciliazione la quale risolve almeno tre problemi: elimina la tensione, diminuisce il senso di colpa, e mette fine all'iniziativa del padre restituendola al figlio. Enea, che noi riconosciamo come già riconciliato, può intraprendere un viaggio già iniziato, prendendo lui il timone in mano». Ecco allora, il senso più profondo dell'andare e tornare di Elias. (Cfr. Ugo Amati, *Freud e Lacan a Roma, Dal Nome del Padre, al Padre del Nome*, Borla, Roma 1996).

Una concezione simile a quella espressa da Ugo Amati si può osservare in Massimo Recalcati, il quale, focalizzando un atteggiamento tipico delle giovani generazioni del tempo presente, lo definisce come "complesso di Telemaco". Si tratta della necessità di andare incontro a quella che Jacques Lacan chiama la metafora paterna, al fine di assumere il significato simbolico della funzione paterna, superando, così, la posizione edipica. (Cfr. Massimo Recalcati, *Il complesso di Telemaco*, Feltrinelli, Milano, 2014).

33. Massimo Recalcati a proposito della separazione e del ritorno, punti focali del romanzo di

Elvira Serra dice: «L'amore più grande dei genitori è quello di lasciare il segreto del figlio al figlio. Significa saperlo lasciare andar via ed essere sempre pronti ad accogliere al suo ritorno. La custodia del segreto non esclude affatto il ritorno alla casa del padre... Il segreto del figlio non si svela [alla fine del viaggio] come un diventare quel che si è sempre stati?» Massimo Recalcati, *Il segreto del figlio*, Feltrinelli, Milano, 2017.

34. *Antico testamento, il libro di Giona*.

35. C. Collodi, *Le avventure di Pinocchio*, Ed. Paoline, Roma 1973.

36. Dante Alighieri, *La divina commedia, L'Inferno, canto III*.

37. Elvira Serra, *cit.*, p. 71. Le mani di una madre che lavano il proprio figlio il quale sprofonda nell'angoscia sono 0^{1/2} metafora dell'Altro che risponde al grido della vita non lasciandola cadere nella insignificanza ma offrendo un sostegno non lasciandola cadere nel vuoto». Così si esprime Massimo Recalcati a proposito della metafora materna, (cfr. Massimo Recalcati, *Le mani della madre*, Feltrinelli, Milano, 2017). D'altra parte, la metafora materna, nel discorso lacaniano, è la prima iscrizione nell'ordine simbolico. E tuttavia essa è modello di relazione immaginaria, sicuramente viva sul lato affettivo ma incapace di far circolare quel desiderio che non si esaurisce nella reciprocità speculare. Occorre un terzo termine: il fallo, strettamente connesso all'introduzione della metafora paterna. È questo il passaggio ineludibile che tocca al giovane Elias ed ai suoi genitori. Cfr., in proposito, A. Di Ciaccia, M. Recalcati, *Jacques Lacan*, Paravia Mondadori, Milano 2000, p. 88 e ssgg.

38. *Elvira Serra, cit.*, p. 72.

39. *Ivi*, p. 110.

40. *Ibidem*.

41. È interessante notare come il conflitto edipico, nella sua formulazione classica, vedrebbe, da parte di un protagonista maschile, l'omicidio simbolico di un padre, più che di una madre. Il superamento di tale conflitto con la conseguente possibilità di accedere al proprio desiderio consentirebbe l'amore per la donna fuori della famiglia. Il romanzo, invece, fonda il percorso evolutivo sull'omicidio di una madre da parte di un figlio. Cosa che, nella formulazione classica del citato conflitto, dovrebbe riguardare più una figlia. Ma, a ben vedere, nella polisemanticità del linguaggio dell'inconscio, il personaggio di Violetta potrebbe considerarsi come l'altra faccia di quello di Elias, rappresentando ciò che in realtà coesiste nell'esperienza evolutiva degli esseri umani: la fatica della conquista della soggettività e la possibilità di ascoltare il proprio desiderio particolare senza tentennamenti. Ma potrebbe, anche dissimulare la volontà, fantasmaticamente proiettata, con un'azione di spostamento, nella figura maschile di Elias, di uccidere simbolicamente la madre e accedere al proprio desiderio. Infatti, nel momento in cui Violetta comunica la decisione di lasciare l'università e di dedicarsi alla musica, sua passione vitale, Eliana, sua madre, le si contrappone, chiedendole di proseguire gli studi universitari, mentre Ezio, esercita la sua funzione di fallo, in senso lacaniano, sostenendo il desiderio della figlia. Questa ipotesi interpretativa potrebbe essere suffragata, come già detto (*cfr. supra, prefazione al presente articolo*), da una rivelazione fatta a margine di una conferenza di presentazione del libro in cui l'autrice rivelò che suo padre, in punto di morte, l'aveva chiamata Violetta, cosa che non aveva mai fatto. Circostanza che la sorprese alquanto. In seguito, l'autrice scelse il nome Violetta per denominare la protagonista femminile del romanzo rivelando, così, in esso, il senso della relazione tra funzione paterna e accesso al desiderio soggettivo. Del resto il nome Violetta sembra rinviare, oltre che al fiore di primavera, al "violare" (violare una montagna, un traguardo, ecc.), ovvero all'essere i primi, i prediletti sotto lo sguardo paterno. Così Elvira Serra presenta Ezio nel romanzo: «Guardando sua figlia, non poté non ricordarsi di quando l'aveva portata, piccolissima, a fare una gara di tricicli in parrocchia [...] Al fischio i piccoli partecipanti partirono come forsennati [...] ma Violetta non si era fatta intimidire per niente [...] Ezio la incoraggiò, gridò il suo nome [...] fece un tifo da hooligan per quelle poche decine di metri che portarono la sua unica figlia al traguardo. [Violetta] li aveva battuti tutti

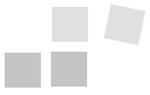
anche i più grandi. Poi aveva lasciato il triciclo a terra, sollevato lo sguardo e, trionfante, si era gettata tra le braccia del padre». E, più avanti, quando la giovane decide di lasciare l'Università e di dedicarsi alla musica: «Ezio ricomparve un minuto dopo con una bottiglia di champagne [...]. “Brindiamo alla nostra musicista”, disse guardandola con la sua solita dolcezza».

42. Riccardo Giagni esprime chiaramente il modo in cui la musica “resisterebbe” alla morte facendosi *ob-jeau*, oggetto-gioco, capace di mettere in moto una capacità reattiva/resistenziale che crea le condizioni di una opportunità da cogliere, quella di ritrovare/ritrovare, dopo una perdita, dopo essersi smarriti. Interessante, in proposito, lo scritto *L'Oggetto smarrito, Perdere e ritrovare, ascoltando*, testo di Riccardo Giagni presentato da Giovanna Lorusso nel corso dell'incontro S.i.Ps.A tenutosi a Bari il 30 giugno 2018. Sul rapporto tra musica e la nascita nel mito di Orfeo, ove la prima può considerarsi “ponte” tra la caverna e la luce del sole, vedasi Franco Fornari, *Psicoanalisi della musica, Longanesi, Milano, 1984*.

43. Elvira Serra, *cit.*, p.281.

Bibliografia

- Agamben G. (2017), *Karman, breve tratto sull'azione, la colpa e il gesto*, Bollati Boringhieri, Torino
- Alighieri D., *La divina commedia, L'inferno, canto III*
- Amati U. (1996), *Freud e Lacan a Roma, Dal Nome del Padre, al Padre del Nome*, Borla, Roma
- Antico Testamento, Genesi*, in *La Bibbia*, a cura dei Gesuiti della Civiltà Cattolica e di S. Fedele, Milano, 1983
- Antico testamento, Il libro di Giona*, in *La Bibbia*, a cura dei Gesuiti della Civiltà Cattolica e di S. Fedele, Milano, 1983
- Antico Testamento, Re*, in *La Bibbia*, a cura dei Gesuiti della Civiltà Cattolica e di S. Fedele, Milano, 1983
- Collodi C. (1883), *Le avventure di Pinocchio*, Ed. Paoline, Roma, 1973
- Davy M. (2004), *A proposito di de-formazione*, in *Le vie dello Psicodramma Analitico*, «Nuovi Quaderni di Psicoanalisi e Psicodramma Analitico», 1-2/2004, Edimond, Città di Castello
- Di Ciaccia A., Recalcati M., *Jacques Lacan*, Paravia Mondadori, Milano, 2000
- Fromm E. (1947), *Dalla parte dell'uomo*, Astrolabio, Roma, 1971
- Fornari F. (1984), *Psicoanalisi della musica*, Longanesi, Milano
- Giagni R. (1991), *La musica e l'ineffabile*, Milano, Bompiani, in *L'Oggetto smarrito, Perdere e ritrovare, ascoltando*, testo presentato da Giovanna Lorusso nel corso dell'incontro S.i.Ps.A tenutosi a Bari il 30 giugno 2018.
- Groddeck G. (1964), *Il linguaggio dell'Es*, Bompiani, Milano, 1969
- Heidegger M. (1927), *Essere e Tempo*, UTET, Torino, 1969
- Hilman J. (1964), *Puer aeternus*, Adelphi, Milano, 1999
- Lacan J. (1968-69), *Le Séminaire. Livre XVI. D'un Autre à l'autre*, Seuil, Paris
- Laudan L. (1977), *Il Progresso Scientifico, Prospettive per una teoria*, Armando, Roma, 1979
- Ponzio A. (1983), *Tra linguaggio e letteratura*, Adriatica, Bari
- Popper K.R. (1934), *Logica della Scoperta Scientifica*, Einaudi, Torino, 1970.
- Recalcati M. (2014), *Il complesso di Telemaco*, Feltrinelli, Milano
- (2016), *Le mani della madre*, Feltrinelli, Milano
- (2017), *Il segreto del figlio*, Feltrinelli, Milano
- (2017), *Contro il sacrificio*, Cortina, Milano
- Serra E., *Il vento non lo puoi fermare*, Rizzoli, Milano
- Shakespeare W., *Romeo and Juliet*, tr. it. Lombardo A. (a cura di), Feltrinelli, Milano, 2017.
- Sofocle, *Antigone*, in *Le tragedie*, Tonelli A. (a cura di), Marsilio, Venezia 2004.
- Vegetti Finzi S. (1995), *Il bambino della notte. Divenire donna, divenire madre*, Mondadori, Milano
- (2017), *L'ospite più atteso, vivere e rivivere le emozioni della maternità*, Einaudi, Torino



TRAILERS





La vertigine che visse due volte

Cinema e psicanalisi sono nati contemporaneamente. In senso letterale, perché mentre Sigmund Freud eseguiva la prima interpretazione di un sogno secondo i suoi metodi, i fratelli Lumière proiettavano il primo film in un caffè di Parigi.

Ma soprattutto perché durante tutta la loro vita (che prosegue senza interruzioni, nonostante spesso qualcuno li voglia dare per morti) si sono nutriti l'uno dell'altro senza mai arrivare a confondersi. Lascio ad altri investigare quanto la psicanalisi abbia utilizzato la narrazione e il doppio rappresentato dal cinema, e mi limito a sottolineare quanto il cinema debba alle tecniche e tematiche psicanalitiche.

Luis Buñuel, il grande genio del cinema e del surrealismo, realizzò con il pittore Salvador Dalì una delle prime opere che -oltre alle tematiche del surrealismo- si ispirava direttamente all'opera di Freud sull'interpretazione dei sogni. Nel 1929 il film *Un chien andalou* esplose, specie per la celeberrima sequenza del taglio dell'occhio, tanto nel mondo dell'arte quanto in quello del nascente cinema e portò alla luce le profondità della mente umana e i nuovi modi della sua investigazione.

Per i successivi 25-30 anni l'umanità, scandalizzata da quel falso taglio dell'occhio, preferì invece scannarsi e gasarsi senza tregua e “scientificamente”. Dedicò poco spazio all'inconscio e molto più alla violenza¹, e mise ordinatamente in pratica uno dei maggiori genocidi della storia dell'uomo, portando distruzione e guerra in ogni angolo del pianeta.

Fu solo nel dopoguerra, superate (?) le ideologie delle razze e dei “super-uomini”, che il genere umano tornò ad interessarsi di tutti noi, del nostro cervello, dei castelli e dei vortici che costruivamo nella nostra mente, in risposta ai problemi che ci capitava di vivere ed ai desideri che covavamo. E dei traumi che avevamo appena vissuto nella tremenda guerra appena trascorsa.

Fu così che, nel dopoguerra, anche per portare un po' di linimento e di umana comprensione a tutti quei soldati e alle popolazioni che avevano subito i traumi della ferocia, il cinema si appropriò della divulgazione delle tematiche psicanalitiche a livello di massa.

Robert Siodmak è emblematico a questo riguardo: tedesco, nato a Dresda, regista teatrale, dovette fuggire dalla Germania nazista perché di famiglia ebraica. Fuggì a Parigi e di lì ad Hollywood. Si specializzò nella realizzazione di film “noir”, in cui tutta la disperazione europea si mescolava alla violenza così diffusa nella società statunitense. I suoi *B-movies* realizzati per la Universal e la RKO gli dettero la fama e il riconoscimento. Seppe mescolare -in film di facile accesso- i temi del “noir”, quelli dell'espressionismo tedesco e -soprattutto- quelli dell'analisi psicologica. *La scala a chiocciola* e *Lo specchio scuro* (entrambi del 1946) furono i suoi maggiori successi e godono di fama universale

proprio perché si basano -pur nella tematica criminale- sulla divulgazione di specifici psicanalitici e sulle conseguenze di traumi psichici. La protagonista della *Scala a chiocciola* soffre di un mutismo di origine psichica e il serial killer che deve affrontare compie la sua orrenda missione perché, nella sua mente malata, vuole liberare il mondo dalle donne imperfette. Nello *Specchio scuro* è Olivia de Havilland ad interpretare la doppia parte di due gemelle in cui alla innocenza dell'una si contrappone lo "specchio scuro" dell'altra che ha oscuri e lontani rancori nei confronti della gemella. Ed anche lei è un killer seriale con motivazione psichiche e traumatiche, che mette in atto un piano diabolico e freddamente razionale per vendicarsi della mite sorella.

Olivia de Havilland, resa famosa dal ruolo della mite Melania che in *Via col vento* era traumatizzata da Rossella O'Hara, si era ormai specializzata nei ruoli della malata psichica. Interpreta nel 1948 il suo ruolo abituale in una storia di malattia mentale e di relativa cura psicologica. Il film è *La fossa dei serpenti*, diretto da Anatole Litvak e ispirato all'opera di uno psichiatra che applicava il metodo psicanalitico ai suoi pazienti invece dei rudi metodi psichiatrici. Il successo dell'opera ha causato sostanziali cambiamenti nelle istituzioni di cura dei disturbi mentali degli Stati Uniti. Così come, in anni molto più recenti, hanno fatto altri film fondamentali sulle modalità di cura dei malati psichici (tra i maggiori: *Qualcuno volò sul nido del cuculo* - Milos Forman 1975-, *Family life* - Ken Loach 1971-, *Diario di una schizofrenica* - Nelo Risi 1970-, *Matti da slegare* - Marco Bellocchio et al. 1975).

Un'altra pietra miliare nel rapporto fra in cinema e la psicanalisi nella prima metà del secolo è l'opera di Fritz Lang, regista espressionista tedesco, che il nazismo regalò poi ad Hollywood ed ai film "noir" psicologici del dopoguerra. Già le opere girate in Germania avevano colto il versante psicotico dell'agire umano (*M - Il mostro di Düsseldorf* - 1931-, *Il dottor Mabuse* - 1922- e *Il testamento del dottor Mabuse* - 1933), ma è nei film noir girati negli Stati Uniti che l'ambientazione psicotica e i temi psicologici raggiungono il loro culmine. Il film più ricordato del periodo (nonostante il parziale insuccesso) è *Dietro la porta chiusa* del 1947. Di nuovo il tema è quello del trauma infantile: il bambino chiuso in una stanza buia, che sviluppa uno forte shock psicologico ed un comportamento deviante. Ma, come è abituale nei noir di quegli anni, sulla tematica psicologica si innesta un comportamento criminale. Così, anche in questo film agisce un serial killer e anche in questo caso le motivazioni profonde sono di origine psicologica.

Nei riguardi degli sviluppi narrativi si andava così delineando un nuovo genere cinematografico, che aveva le sue radici nell'azione violenta (di origine USA), nel noir francese, nell'espressionismo tedesco e nella forza esplicativa e drammatica della psicanalisi viennese. Il nuovo genere è il "thriller" ed il suo profeta è Alfred Hitchcock.

Anche lui è un regista europeo sbarcato ad Hollywood, ma nel suo caso non fu il nazismo a portarlo in America, giacché era inglese. Di sicuro la seconda guerra mondiale ha un ruolo anche nella sua vita che, dopo 23 film inglesi, si trasferì nel 1940 a

Los Angeles attirato da Hollywood, ma anche in fuga dal mondo europeo in fiamme.

Alfred Hitchcock viene dal teatro inglese e poi del nascente cinema muto. La sua famiglia gli dà un'educazione cattolica, aiutata dal collegio dei gesuiti, e non gli fa vivere traumi particolari, Ciò non toglie che il giovane Alfred avesse più complessi e problemi in testa di qualunque altro ragazzo di quel tempo. Solo che lui li sublimò nel cinema e se ne salvò dalle conseguenze, aiutando così ad affrontare la complessità della psiche anche i milioni di fans che hanno seguito il suo cinema in tutto il mondo.

Merito suo, e merito di Hollywood, che vissero insieme per tutti gli anni '50 e '60 il loro periodo d'oro. I suoi film di quel periodo hanno avuto grande successo e hanno divulgato in maniera massiccia i temi principali della psicanalisi. Film come *Rebecca la prima moglie* (1940), *Io ti salverò* (1945), *Nodo alla gola* (1948), *La finestra sul cortile* (1954), *Marnie* (1964) sono considerati fondamentali nel rapporto fra il cinema e i temi psicanalitici. Fino a giungere a *Psyco* (1960) che denuncia fin dal titolo emblematico la centralità dei temi psicologici e psicotici.

Ma il film su cui meglio vale centrare la nostra attenzione è *Vertigo* (*La donna che visse due volte*) del 1958. Perché, a differenza degli altri citati, non è un film dedito alla sola divulgazione delle tematiche psicologiche, ma possiede quel mix di componenti da cui si origina il “thriller” e che meglio sa esprimere le capacità geniali di Hitchcock.

Non a caso, perché *Vertigo* è stato un successo fin dal suo apparire, e poi lo è stato nel 1996 quando tornò in prima visione (dopo quasi quarant'anni di problemi legati all'eredità del regista) ed incassò nel primo weekend in USA una cifra pari al costo di realizzazione. Soprattutto, ha condiviso con Hitchcock il giudizio della critica mondiale: considerato all'inizio poco più che un B-movie di successo popolare, il film e il regista sono stati sempre più rivalutati dai critici. Merito della famosa intervista di Truffaut nel caso del regista, merito di tutti gli spettatori nel caso del film. È nella lista dei cento migliori film dell'*American Film Institute*, il film è preservato per il suo valore dalla Biblioteca del Congresso, ha scalato la classifica delle opere migliori dal 61° al 9° posto e, secondo la rilevazione 2012 di Sight & Sound, sarebbe il *miglior film assoluto*, scalzando *Quarto potere* di Orson Welles.

Personalmente non condivido quest'ultimo balzo, ma di sicuro *Vertigo* è uno dei più grandi film americani ed il capolavoro di Hitchcock. E lo è per una serie di motivi, che analizzeremo, nonostante una trama inutilmente complicata e barocca.

Pierre Louis Boileau e Thomas Narcejac (pseudonimo di Pierre Ayraud) erano una “premiata ditta” francese, autori di moltissimi romanzi polizieschi di vario tipo che monopolizzarono quasi le letture popolari francesi della prima metà del novecento. Scrissero anche alcuni episodi della fortunata serie di Arsenio Lupin, ma soprattutto i loro complicati romanzi d'appendice ispirarono molti film thriller. Il maggior successo fu *I diabolici* del 1955 (*Les diaboliques*) di Henri-Georges Clouzot (più volte rifatto in epoche successive, l'ultimo è stato *Diabolique* del 1996 con Sharon Stone e Isabelle

Adjani). Forse fu la trama “perversa e diabolica” di questo successo mondiale che spinse Hitchcock ad adattare per lo schermo un altro romanzo della “premiata ditta” dalla trama decisamente complicata.

Senza timore di svelare² un segreto al lettore, scioglierò i grovigli di cui si nutre la storia e la racconterò in forma piana e diretta: un uomo d'affari uccide la moglie malata gettandola da un campanile, per diventare unico proprietario dei suoi cantieri navali. Per sviare le successive indagini assolda un'altra donna, perché ne impersoni il ruolo, ed un vecchio amico detective perché sia testimone parziale della recita, approfittando del fatto che soffre di vertigini. Il poliziotto s'innamora dell'attrice, sia quando recita la parte della moglie sia quando, smessi i panni e morto l'impresario, è tornata alla vita “civile”. Quando però scopre gli oscuri precedenti e l'inganno perpetrato ai suoi danni, non potendo strangolare l'ex amico, si vendica sulla donna, amata due volte.

Coi termini di oggi, potremmo dire che si tratta di un “doppio femminicidio”. Il primo per ragioni di interesse, il secondo da parte di uno psicopatico per motivi pseudo-sentimentali.

Boileau e Narcejac avevano invece occultato nella trama “popolare” lo psicodramma dei francesi collaborazionisti durante la seconda guerra mondiale (l'ex amico uxoricida è un industriale che produce armi per i tedeschi occupanti) e la riscossa della “Francia libera” del generale De Gaulle (è proprio durante lo sbarco di De Gaulle a Marsiglia che il protagonista scopre la “seconda vita” della sua donna amata).

Alfred Hitchcock depura la storia da qualunque riferimento alla politica francese, e ne esalta le trame ingannatrici (perfette per creare un clima di *suspence* utile ai suoi fini registici). Soprattutto rinforza gli spunti psicologici -presenti ma secondari nell'originale- per mettere tutti gli avvenimenti in una chiave di risposta folle ad un trauma.

Il suo film poteva avere molti titoli: *Questioni fra morti* (come recita il titolo del romanzo), *La donna che visse due volte* come recita il titolo che l'ha reso famoso in Italia. Hitchcock sceglie invece *Vertigo* (vertigine) perché vuole dar risalto alla motivazione psichica di tutta l'improbabile trama. Scottie Ferguson (interpretato da James Stewart) è un importante poliziotto americano che insegue acrobatici banditi in cima ai palazzi di San Francisco. Scivolato da un tetto, si aggrappa nel vuoto ad una grondaia e vede cadere un agente che si sfracella al suolo per tentare di salvarlo. Questo avvenimento traumatico lo segna per sempre e lo condanna a soffrire di una forma acuta di *acrofobia* (paura delle altezze e dei luoghi elevati).

Nel linguaggio quotidiano (ed in quello che capiva Hitchcock e il suo pubblico) si confonde l'acrofobia con le *vertigini*, che sono invece un disturbo dell'equilibrio del soggetto (e che si può dover provare anche con i piedi saldamente piantati per terra). Comunque, l'incidente al suo collega poliziotto, morto per una caduta da grandi altezze, e la situazione di estremo pericolo in cui si era venuto a trovare (appeso nel vuoto ad

un'instabile grondaia) segnano per sempre la vita di Scottie Ferguson. Invece di invocare, come sarebbe stato giusto, le “cause di servizio” per un'inabilità temporanea o permanente al lavoro, il detective Ferguson si dimette quasi con disonore dalla polizia, e si sente un fallito nel resto della vita.

Accetta così come una possibilità di riscatto l'offerta del suo potente amico dei tempi del *college*, e non indaga più di tanto sul perché lo assoldi per gestire una situazione molto peculiare. La bellissima moglie del suo amico è la bionda Madaleine (Kim Novak), e sembra così colpita dal fascino della nonna materna, che si suicidò alla stessa sua età per una delusione amorosa, da dover essere difesa dal detective per non fare la stessa fine. Entra così, come si direbbe in musica, un secondo tema di natura psicologica: il trauma subito un secolo prima dalla bellissima antenata, abbandonata e suicida. Il secondo tema psicotico si mischia con un terzo, l'incarico al detective “dell'anima” Scottie di proteggere Madaleine da se stessa e dalla sua “dissociazione psichica”. Forse per la somiglianza ad un ritratto della nonna suicida, lei se ne sente la reincarnazione, sembra voler ripercorrere le orme dell'antenata e suicidarsi a sua volta.

In realtà non c'è motivo alcuno perché la bella Madaleine debba avere lo stesso destino della suicida *señora* Carlotta Valdés, ma Scottie si sente perdente e precario per i suoi trascorsi, e si beve (insieme allo spettatore) tutto il clima di *deja-vu* che il regista sa sapientemente tessere. I fili dell'antica tragedia si mescolano sapientemente nel racconto con sintomi, presagi, incubi, sogni e innamoramenti.

Sì, perché mentre la bellissima Madaleine insegue i ritratti dell'antenata e medita forse il suicidio, ma ha comunque tempo di far innamorare di sé il bel detective e di intrecciare con lui una *peccaminosa* storia d'amore. È un po' il medico (dal punto di vista poliziesco) che s'innamora della paziente. E la paziente ha il doppio volto di Madaleine (nome non scelto a caso) e dell'antica Carlotta Valdés.

Kim Novak, che per Hitchcock rappresentava una seconda scelta, rispetto alle sue “algide” bellezze asessuate, era invece molto adatta alla parte perversa che le veniva disegnata addosso: nella realtà era, oltre che una brava attrice ed una donna bellissima, anche l'amante più o meno segreta di Ramfis Trujillo, figlio del sanguinario dittatore della Repubblica Dominicana, e frequentava Sinatra ed altri soggetti vicini alle mafie americane.

Hitchcock non ha mai ammesso di averlo fatto volontariamente, ma l'aria perversa che talvolta esprime Kim Novak, specie in rapporto all'antica *señora* Carlotta Valdés, è uno dei capolavori del film, a maggior ragione quando si paragona con quell'aria da coniglio³ indifeso che rappresentava *James Stewart* per tutto il pubblico cinematografico.

Ma un capolavoro psicologico è capace di ruotare su se stesso, come i temi di una sinfonia classica: nella seconda parte del film (visse due volte...) l'indifeso Scottie sembra diventare il carnefice della dimessa Judy Barton, commessa in un negozio, ed incontrata per caso.

Dopo il “suicidio” della fascinosa Madaleine, Scottie ha visto aggravarsi le conseguenze del trauma che ha segnato la sua vita: la bionda si è gettata dal campanile di una antica missione spagnola e lui ha avuto un attacco della sua acrofobia seguito da forti vertigini, che non gli hanno permesso di svolgere il suo compito e di impedirne il suicidio. Stavolta è un giudice a spargere sale sulle sue ferite: il suo atto di codardia non è omicidio, ma gli si avvicina molto, dato il compito che avrebbe dovuto svolgere.

Il suo trauma psichico peggiora e si tramuta in depressione, che lo porta in clinica un anno per una cura psichiatrica del suo stato. Appena dimesso e ancora convalescente, individua nella rossa commessa di un negozio la terza reincarnazione della sua amata dark-lady. È il regista Hitchcock ad architettare la trama, fra sogni premonitori ed incubi ammonitori, e assegna sempre a Kim Novak il ruolo, stavolta, di vittima. Se preferite, è la stessa donna, che prima recitava una parte da gran dama, e adesso vive una vita reale piena di compromessi. L'affarista dei cantieri navali si è tolto di mezzo nel frattempo, e dunque lo psicotico Scottie può pensare di “coronare il suo sogno d'amore” con l'antica Madaleine.

Per ottenere il suo scopo deve convincere Judy Barton a ritornare ad essere bionda e perversa come era Madaleine e deve sottometerla psicologicamente alla doppiezza delle sue interpretazioni. Bravura di Kim Novak e di Alfred Hitchcock che segnano un percorso a ritroso della trama e fanno ri-diventare la dimessa e innamorata (?) Judy di nuovo il fantasma della fascinosa Madaleine. Bravura di James Stewart e di Alfred Hitchcock che trasformano il tenero perdente Scottie in un “coniglio mannaro” che guida implacabilmente Judy alla ricostruzione delle caratteristiche fisiche di Madaleine.

Il folle Scottie, per completare il suo percorso, deve tornare al campanile della missione spagnola, dove il secondo e più grave trauma della sua vita aveva avuto luogo. Supera i disturbi fisici, la vertigine (non l'acrofobia), ma qui ha il terzo e definitivo trauma: l'agnizione di tutto l'inganno perpetrato ai suoi danni dall'amico e dalla donna. Nessuna reincarnazione o tendenza suicida, ma solo un'abile sfruttamento delle sue manchevolezze fisiche ai fini di coprire un uxoricidio.

Il romanzo originario finiva con la “Francia libera” del detective che strozzava la “collaborazionista” ingannatrice, ma Hitchcock ha dovuto cambiare il finale in modo significativo. Abbiamo parteggiato, per tutto lo svolgersi della storia, per le nobili qualità del detective Scottie e, seppure appannato dal suo trauma psichico, non possiamo vederlo tramutato in un assassino. Hitchcock ci ha già svelato che Judy e Madaleine sono la stessa persona e l'agnizione finale svela l'inganno che serviva da alibi al suo ex amico. Molto meglio che la donna perversa e simulatrice, ormai quasi redenta dall'amore di Scottie, termini la sua redenzione con un vero suicidio e, approfittando delle provvidenziali vertigini del protagonista, compia davvero quel suicidio dalla torre che in precedenza aveva solo simulato.

Per svolgere in maniera così appassionante il dipanarsi della sua trama, ad Hitchcock

non serviva una storia coerente e plausibile. Bastava si prestasse a tutte le necessarie riscritture, che fornisse temi e suggestioni utili, che facesse mutare il clima della storia ogni volta che si rendesse necessario, che giustificasse tutti quei “colpi di scena” che sono la materia prima di un *thriller*.

E serviva che il “clima psicologico” di tutta la storia rendesse sensati tutti i marchingegni che il regista si preparava ad inserire.

La spirale, per iniziare. Il simbolo grafico del vortice, e della vertigine, realizzato dal *designer* Saul Bass, che caratterizzava tanto il famoso poster del film quanto i titoli di testa e di coda. È il marchio⁴ del film ed il segnale dell'interesse principale: le vertigini del titolo e la spirale del destino che si va a compiere. Si ritrova nell'acconciatura di Madeleine, nel tronco della sequoia, nella scala a chiocciola del campanile spagnolo.

Il contro-zoom (zoom in avanti e carrellata all'indietro) è la modalità tecnica inventata per l'occasione per rendere al pubblico il senso di vertigine provato da Scottie sul campanile. L'effetto ottenuto fu quello di un'altezza “vertiginosa” per le scale a chiocciola (*spiral staircase*, in inglese), con riprese che rendevano alla perfezione lo stile dell'espressionismo tedesco. John Fulton realizzò l'effetto speciale usando un modellino molto costoso e dettagliato del campanile della missione spagnola⁵ e riuscì a dare l'effetto del grave capogiro del protagonista.

Gli incubi di Scottie dopo il finto suicidio di Madeleine ed il suo crollo psichico. Le immagini del vissuto ritornano deformate ai suoi occhi spalancati: la camera buia, il fiore che esplode, la collana, la tomba vuota. La testa di Scottie è in primo piano, in mezzo a una tela di ragno, poi il gorgo della spirale, l'inesorabile caduta, il labirinto delle strade di San Francisco.

La vertigine del titolo, che non è solo il sintomo del male che colpisce Scottie, ma anche il vortice a spirale, la circolarità della vicenda narrata, la vertigine amorosa di chi si innamora di tre donne con lo stesso volto, il *deja-vu* delle situazioni e dei personaggi, i misteri dell'inconscio e della psiche, la volubilità femminile, la testardaggine maschile.

I colori ed il loro uso simbolico. Il verde è molto usato per gli incubi e la doppiezza, ma anche per l'eleganza dei suoi toni profondi (l'abito di Madaleine e la sua automobile Bentley, il maglione di Scottie, lo sfondo al neon di Judy). I capelli di Madaleine sono biondi, castani nella *señora* Carlotta, rossastri nella dimessa Judy. Poi la dominante blu nelle scene di tenerezza, ed il nero della dark lady, il bianco ingannatore del suo avvolgente soprabito. Lo sfondo cremisi del locale in cui il primo piano di Madaleine si staglia la prima volta. Le tecniche di ripresa, la bravura del fotografo Robert Burks e il formato doppio ne consentirono una qualità abbagliante.

«Alfred Hitchcock è uno dei più grandi inventori di forme di tutta la storia del cinema. Solo, forse, Murnau ed Ejzenstejn possono, su questo argomento, sostenere il paragone con lui. La forma qui non abbellisce il contenuto, lo crea.» (François Truffaut)

Le riprese di *Vertigo* durarono 16 giorni in esterno (Il Golden Gate di San Francisco e la

Missione di San Juan Bautista), e due mesi negli *studios* Paramount. Hitchcock aveva una squadra di collaboratori inglesi di cui si fidava e non improvvisava mai, rispettando lo *storyboard* ed i tempi al millesimo. Dirigeva gli attori con pochi secchi comandi, come il capitano di una nave.

Il restauro della pellicola realizzato dalla Universal nel 1997 è durato invece due anni, ma ne ha ripristinato la perfezione tecnica originale con una versione in 70 mm ed il sonoro digitale DTS stereo a 6 canali. La versione italiana è ferma nel doppiaggio alla riedizione del 1984.

Il film di Alfred Hitchcock non a caso è stato giudicato un capolavoro da un pubblico di cinefili che lo esalta da allora: tutta la tecnica cinematografica è a sostegno di un racconto che -come nei sogni e negli incubi interpretati dalla psicanalisi- trova le sue basi nei desideri e nelle pulsioni della psiche umana, non nella verosimiglianza o nella apparente realtà degli eventi.

Millenni di pensiero umano hanno tenuto conto dei sogni, per giudicarli anticipazioni fornite da divinità benevole o dannazioni imposte dagli dei irati. Solo la psicanalisi ha capito che si trattava di rielaborazioni del reale effettuate dalla psiche umana per esprimere le proprie angosce. Le esperienze psichiche, traumatiche o meno, sono alla base di tutta l'*emozionalità inconscia* del soggetto.

Il cinema, specie negli anni successivi al secondo dopoguerra, ha trovato in tutto questo materiale il pane per alimentare la necessità di raccontare storie sempre più vere e profonde, e non più solo verosimili. Alcuni grandi maestri sono riusciti a trovare le perfette modalità per farlo.

François Truffaut ha scritto «Alfred Hitchcock si trova ad essere praticamente l'unico a filmare direttamente, cioè senza ricorrere al dialogo esplicativo dei sentimenti come il sospetto, la gelosia, il desiderio, l'invidia e questi ci porta al paradosso: Alfred Hitchcock, il cineasta più accessibile ad ogni pubblico per la semplicità e la chiarezza del suo lavoro, è nello stesso tempo quello che eccelle nel filmare i rapporti più sottili tra gli individui.»

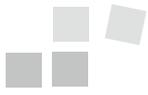
Martin Scorsese ha dichiarato «*Vertigo* si distingue dagli altri film perché è estremamente personale: è questa la verità del film, ed è per questo che non teme la sfida del tempo. C'è una genuinità in questo film che va al di là della trama, e dietro la quale si cela un cuore pulsante. Offre un ritratto molto turbato dell'umanità, ma è un ritratto onesto e sincero, ricco di complessità psicologiche, che ha resistito al trascorrere del tempo».

Piero Nussio

Fisico, esperto di cinema

Note

1. La psicanalisi fu bollata come “macchinazione ebraa”.
2. *Vertigo* ha compiuto sessant'anni. Non è di certo uno *spoiler* svelarne per grandi linee la trama... Per di più, film e romanzo differiscono in parte nello svolgimento dei fatti.
3. *Harvey* è un coniglio gigante invisibile di cui il mite personaggio che interpretava James Stewart era amico e confidente. L'attore lo interpretò a teatro (dal 1944) ed al cinema (nel 1950) e per tutti divenne l'alter-ego dei suoi personaggi.
4. È il primo film che usa grafica ottenuta dal computer.
5. D'altronde, anche il campanile “vero” era stato ricostruito dagli scenografi di Hitchcock...



«Il nastro bianco» o del trauma transgenerazionale

di Michael Haneke

Quasi un trattato scientifico sulle Origini del Male.

Il nastro bianco del regista austriaco Michael Haneke, vincitore nel 2009 della Palma d'Oro al Festival di Cannes, è ambientato in un villaggio della Germania del Nord nel 1913 e girato in uno splendido bianco e nero.

Pensato inizialmente come miniserie tv in tre parti è «un film sul sistema di educazione dal quale è emersa la generazione nazista», così come dichiarato dallo stesso regista.

Da sempre attirato dalle dinamiche traumatiche o post-traumatiche, Haneke (studioso di filosofia, psicologia e regista di teatro) realizza un film collettivo composto di quadri fissi: una sequenza di fatti ordinari disturbati da strani episodi di violenza inspiegabili. La scena iniziale è emblematica.

Un uomo a cavallo attraversa una campagna splendida e incontaminata quando, all'improvviso, qualcosa di invisibile abbatte cavallo e cavaliere. Morale per lo spettatore sprovveduto: un'immagine non è mai solo ciò che si vede, è anche ciò che nasconde.

Una società non è mai come vuole apparire, è anche ciò che occulta e rimuove. Un Signor Padre non è solo un ottuso moralista, ma un personaggio che pervicacemente e in totale buona fede, annienta le pulsioni di vita dei figli a favore di quelle di morte, che implicitamente avalla il dispiegarsi del Male, divenendone complice.

Il resto del film segue questa linea demolendo, poco alla volta, il sistema sociale, politico, religioso, che regge quel mondo e che presto sarà spazzato via dalla Prima Guerra Mondiale. Un Paese il cui gregge è dominato dalle direttive del Pastore che educa i suoi figli a una totale ubbidienza in nome dell'innocenza perduta, simboleggiata da un nastro bianco che i bambini sono tenuti a portare al braccio quando sbagliano, dopo essere stati torturati psicologicamente e fisicamente. Una strage di innocenza in favore dell'innocenza, di “inferiori” torturati, a loro volta torturatori di esseri considerati portatori di qualche handicap morale (v. il medico), sociale (v. la contadina), fisico (v. bambino ritardato). E quando il casato nobile traballa ecco che la razza “aliena” (quanti i riferimenti al “Villaggio dei dannati” di Rilla) abbatte la nobiltà che decadrà (v. figlio del barone).

Haneke, da buono studioso di Freud, sa che l'orrore non necessariamente va fatto vedere, basta lasciarlo aleggiare, coltivarlo in vitro. In un universo dove il Signor Padre castra e infligge punizioni, la coltura pura della violenza trova la sua giustificazione, così come l'impunità per un uccellino scannato vivo. Il Signor Padre non si cura di cosa i Figli compiono, del Male che infliggono agli altri esseri, accecato com'è dai propri Dogmi che non possono essere violati, pena la violazione della intimità fisica e psichica del trasgressore. La differenza tra le torture del Signor Padre e quella di un qualsiasi sistema dittatoriale appare insignificante, parliamo sempre di Istituzioni.

Merleau Ponty, nello scritto dall'eloquente titolo *Umanesimo e terrore*, scrive proprio su questo. Per Merleau Ponty al torturatore interessa unicamente violare quello spazio di intimità psichica in cui abitano da sempre paure ancestrali come la morte e, ancora di più, il terrore di un dolore infinito.

La tortura istituzionalizzata (famigliare, sociale) riduce in pezzi la rete che ci costituisce come esseri umani. È come se il torturatore ci dicesse: «Tu devi morire se non accetti di essere il Figlio che io plasmo, se ti dichiari di un'altra razza, religione o convinzione politica. Tu, ciò che è tuo, tutto ciò che sei stato o in cui hai creduto, tutto questo diventerà polvere».

La certezza indiscutibile e delirante di questa affermazione procura un'angoscia che è indicibile. Lede una zona di segreto e opacità, un nucleo occulto, cuore di ciò che definiamo come la parte più intima e privata del sé, assediata e invasa nella tortura.

Che differenza si può riscontrare tra il Pastore e il Padre di una Nazione?

Nessuna.

In un passaggio indimenticabile di *Se questo è un uomo*, Primo Levi evoca il momento del suo ingresso al campo di concentramento e l'incontro con il medico che si occupava della sua ammissione, il Doktor Pankov, il cui sguardo trasmetteva il seguente messaggio: «Questo qualcosa davanti a me appartiene a un genere che è ovviamente opportuno sopprimere. Nel caso particolare, occorre prima accertarsi che non contenga qualche elemento utilizzabile».

In un Universo lucidamente apocalittico come quello di Haneke a salvarsi è un essere ignobile quale il Medico, mediocre nelle sue perverse debolezze. Arrogante, incestuoso, con un figlio ritardato per via di un aborto tentato poiché figlio del peccato, generato insieme ad una donna costantemente disprezzata e umiliata.

Quello che il film ci presenta è un diario d'epoca inquietante, commentato dalla voce fuori campo dell'istitutore del Paese, il testimone incaricato di trasmettere la memoria storica. Il trattato di Haneke è implacabile e oggettivo: alla coltura pura del Male sopravvive una umanità ritardata, schiava delle proprie debolezze.

Noi Figli del Nostra piccola Italia non possiamo che tristemente dare ragione al geniale regista austriaco. Le vicende di tutte le lobby di potere sono lì a dimostrarlo.

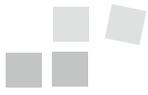
Maurizio Cottone

Psicologo, Psicoterapeuta, Psicodrammatista



RECENSIONI

R



Iperconnessi. Perché i ragazzi oggi crescono meno ribelli, più tolleranti, meno felici e del tutto impreparati a diventare adulti

Einaudi, 2018, pp.400

di Damiano Mazzotti

Iperconnessi è il saggio molto denso, chiaro e diretto di una psicologa californiana che descrive l'infelicità e i vari ritardi di maturazione emotivi e cognitivi dei ragazzi americani tra i 13 e i 20 anni

Una grande percentuale di ragazzi e ragazze nati intorno al 2000, che è cresciuta con lo *smartphone* costantemente in mano, passa la maggior parte del tempo connessa, o a fare giochi digitali. E questi ragazzi passano troppo tempo in compagnia dei loro genitori, quasi al livello dei ragazzini di dieci anni. Molti ragazzi e ragazze preferiscono addirittura passare quasi tutto il loro tempo in camera da letto durante le vacanze estive, giocando online o guardando dei telefilm scaricati dalla rete.

Questa particolare classe di età viene definita *iGeneration* ed è caratterizzata da queste qualità: immaturità, iperconnessione, incorporeità (poche relazioni faccia a faccia), instabilità (piccoli e grandi problemi emotivi), isolamento, incertezza (lavorativa e non), inclusività (tolleranza). Le reti sociali di questi adolescenti si allargano quasi solo online e vengono fatte sempre meno feste, poiché ci vuole troppo tempo a programmarle, e se si beve troppo si mette a rischio la reputazione e la sicurezza emotiva e fisica (ci sarà sempre qualcuno pronto a fotografare e a “taggare”).

La rete ha attirato tutta l'attenzione dei ragazzi e il tempo impegnato nelle relazioni faccia a faccia nel mondo reale si sta riducendo in maniera molto preoccupante. La libertà di movimento legata al possesso della patente di guida e la piena libertà sessuale, vengono posticipate di almeno uno o due anni rispetto alle generazioni precedenti. Naturalmente le loro scarse abilità pratiche e relazionali stanno rallentando e complicando il loro inserimento nel mondo del lavoro. Ad esempio molti ragazzi parlano pochissimo al telefono e non sono in grado di gestire una telefonata educata.

In media gran parte degli adolescenti esaminati dalla psicologa californiana controllano «il cellulare più di ottanta volte al giorno» (p. 5), e vengono descritti come molto individualisti, narcisisti e molto preoccupati dalle disuguaglianze di reddito percepite attraverso le innumerevoli allusioni alla dura competizione, fatte dalla scuola, dalla politica, dalla televisione e dalla pubblicità. Per questo motivo molti ragazzi individualisti perdono incredibili quantità di tempo nel guardare le foto e le attività degli amici o addirittura di “conoscenti” mai conosciuti di persona (amici virtuali).

I ragazzi «all'ultimo anno delle superiori passano ogni giorno una media di due ore e un quarto a mandare i messaggi col cellulare, due ore su Internet, un'ora e mezza con qualche gioco elettronico e circa mezz'ora in video chat [...] Totale: sei ore al giorno in compagnia dei nuovi media, e stiamo parlando esclusivamente del loro tempo libero»

(p. 75). Per i più giovani il telefono è come una droga o come un innamorato: è la prima cosa vedono la mattina ed è l'ultima che vedono la notte (avere il telefono vicino anche la notte risulta molto rassicurante, p. 74).

I ragazzi *iGeneration* leggono pochi libri e riviste (nemmeno online). Nel 2015 in USA, i quotidiani sono stati letti dal 10 per cento dei cittadini, rispetto al 70 per cento di dieci anni prima (p. 91). Il distacco dalla carta stampata e dalla lettura ha comportato un grosso calo delle competenze universitarie, nei voti di ammissione, nella scrittura e nell'analisi dei testi (p. 93). Anche se esiste l'obbligo a farlo, «quasi tutti i docenti raccontano che i loro studenti non leggono il testo» o i testi indicati. Quindi «agli *iGeneration* servono libri di testo che prevedano momenti interattivi – video da condividere, questionari – ma anche libri meno lunghi e di registro più colloquiale» (p. 95).

L'aspetto più positivo di questa generazione è la grande creatività nella socializzazione a breve termine e la capacità di superamento di molti tabù sociali ingiustificati. Ma purtroppo questi giovani «sono in prima linea nella peggior epidemia di disturbi psichici degli ultimi decenni, che dal 2011 a oggi ha visto salire alle stelle i casi di depressione e suicidio tra gli adolescenti» (p. 5).

Lo stile di vita americano condiziona in maniera impressionante gli stili di vita dei ragazzi di tutte le società più tecnologizzate, quindi dobbiamo renderci conto che stiamo allevando delle nuove generazioni molto forti fisicamente, ma molto deboli psicologicamente. Del resto anche in Giappone e in Cina, i giovani hanno già delle grandi difficoltà nella socializzazione, nelle relazioni sentimentali e nella riproduzione. Quindi in molte nazioni, e a tutti i livelli (anche accademici), nasceranno dei nuovi gruppi sociali composti da persone troppo infantilizzate e rimbambinite.

Jean Twenge è nata nel 1971 e insegna Psicologia alla San Diego University in California. Grazie alle sue ricerche sulle generazioni americane ha pubblicato altri due libri: *Generation Me* e *The Narcissism Epidemic*. Per approfondimenti: www.youtube.com/watch?v=T6IBIFELDxc (2018).

A quanto pare molti americani sono diventati più iperprotettivi degli italiani, forse soprattutto gli abitanti delle grandi città, a causa della piccola e grande criminalità. Nel migliore dei casi stiamo creando una generazione di grandi ficcanaso digitali. Molti ragazzi diventano dipendenti della caccia ai *like* e alcuni non smettono mai. Altri «smettono di farsi incantare dal simulacro della caccia ai like, ma di norma accade sono dopo che sono usciti dall'adolescenza, intorno ai ventuno anni» (p. 83). Forse la salute cognitiva di molti adolescenti italiani verrà salvata da una delle lingue più mentalmente libere e precise del mondo (*Ama l'italiano*, i segreti e le meraviglie della lingua italiana, <https://annalisaandreoni.it>, 2017).

Nota ludica: i giochi online hanno una distribuzione bimodale: molti adolescenti li usano

tantissimo e altri li ignorano. Le ragazze molto appassionate stanno aumentando. Nel 2016 soltanto il 30 per cento dei quattordicenni usava *Facebook* almeno una volta al mese, mentre l'80 per cento usava *Instagram*: «il 59 per cento dei giovani fra i diciotto e i ventinove anni usava Instagram» (Pew Research Center, p. 85). Le immagini portano via meno tempo delle parole, ma una singola immagine fuori dal contesto può mentire e può incasinare la vita più di mille parole.

Nota sul bullismo: oggi la vita sociale dei più giovani si svolge principalmente online «uno di loro su tre subisce il bullismo senza nemmeno uscire di casa» (p. 126). Diventa quasi impossibile impedire questa forma di bullismo senza uscire dai social. Negli Stati Uniti «dal 2007 il tasso di omicidio tra adolescenti è diminuito, mentre è aumentato il tasso di suicidio». E per la prima volta da quando si studia il fenomeno, nel 2011 «il tasso di suicidio tra gli adolescenti è stato più alto del tasso di omicidio nella stessa fascia d'età... nel 2014 il tasso di suicidio superava del 32 per cento quello di omicidio». Però le cause della depressione sono svariate e «negli anni Novanta il tasso di suicidio era ancora più elevato» (p. 127). Comunque «il *cyberbullismo* nel 2016 ha riguardato il 34 per cento degli adolescenti, mentre nel 2007 era il 19 per cento» (Cyberbullying Research Center, p. 125). Per approfondimenti italiani sul bullismo: <https://albertorossetti.com> (psicoterapeuta).

L'individualismo estremo si riflette nella continua ricerca di sicurezza e nel declino costante dell'impegno civile, nonostante l'aumento del grado di tolleranza nei confronti di quasi tutti i generi di diversità. Poi si riflette nell'instabilità delle relazioni sentimentali. Per ora quasi tutte le problematiche esposte nel libro riguardano più da vicino le classi medie e alte della società americana. Nel giro di pochi anni il ritardo di maturazione emotiva riguarderà probabilmente tutte le classi sociali. Il ritardo di maturazione cognitiva potrebbe danneggiare tutte le fasi della vita. La crisi economica spinge a rinunciare alle relazioni stabili e forse anche ai figli. Forse «gli Stati Uniti assomiglieranno sempre più all'Europa, dove i tassi di natalità sono al di sotto del tasso di ricambio generazionale e il matrimonio è un optional» (p. 288). In effetti i matrimoni e i figli comportano molti problemi e rischi individuali: emotivi, economici, lavorativi, abitativi, logistici, di carriera, ecc.

Dice Paul Roberts in *The Impulse Society* (p. 84): «Quando frequentavo le superiori io, se fossi andato in giro a dire: "Ecco una mia foto, dimmi che ti piaccio", mi avrebbero dato un pugno. Se una ragazza avesse distribuito a destra e a manca fotografie in cui appariva nuda, la gente avrebbe pensato che le serviva uno psicanalista. Adesso, sono solo i selfie della domenica».

Nota apocalittica: anche l'incremento dei debiti legati ai prestiti universitari e degli anni da dover passare nel ruolo indesiderato e prolungato di moderni schiavi finanziari, stanno mettendo in crisi la salute psicologica di innumerevoli studenti americani (p. 161 e p. 209). Il debito medio di un laureando nel 1993 era di 9727 dollari, nel 2005 è diventato di

22575, mentre nel 2016 ha raggiunto i 37173 dollari (p. 232). Inoltre l'esagerato bisogno di protezione sta minando il diritto mentale della libertà di ascolto, di confronto e di espressione: in molti atenei americani sono comparsi degli "spazi protetti", e «se gli studenti si sentono turbati dai discorsi di un relatore invitato a tenere una conferenza nella loro facoltà, si riuniscono in un apposito locale e si consolano a vicenda». Qualche burocrate sconsiderato ha diffuso l'allucinante idea che bisogna tutelarsi «dalle persone che la pensano in modo diverso» (p. 185). «Un'università non protegge, nelle università si impara e ci si fanno domande». A volte ci si sente a disagio e si chiama imparare (p. 192). Del resto molti ragazze e ragazzi immaturi si sentono «la prima generazione totalmente impossibilitata a sfuggire ai propri problemi» (Faith Ann Bishop, ventenne, p. 145, testimonianza di resa mentale al *Time*). Ma non basterebbe "alzare le chiappe" e andare a trovare qualche amico o un parente? Ma noi «Ci lasciamo distrarre dai dettagli più futili e tutto diventa intrattenimento» (Vivian, 22 anni, p. 209).

**Quando manca l'amore. Le rivelazioni di Marion**

Curti Editore, 2017

di Rosa Vitale

Quando manca l'amore. Quale amore? Quello materno, in questo caso. Si tratta di un romanzo esistenziale, autobiografico che si potrebbe definire come storia di una infelicità.

Marion ci appare come una specie di angelo decaduto in una sorta di palude: la propria famiglia.

La madre, rozza e dura, diviene, dopo la tragica perdita di due figli maschi, crudele e vessatoria.

Vittima terminale di ogni sua angheria è la piccola Marion che sarà sottoposta reiteratamente e senza appello a continue violenze e ferite interiori.

L'ambiente è quello rurale di un Nord povero dove i campi sono avari di raccolti e la fatica scandisce con il sudore il trascorrere delle ore. L'esterno si rispecchia nell'intero. Tutto è desolante: nella famiglia di Marion non si conosce tenerezza né alcun tipo di emotività

I genitori sono figure irrisolte, incapaci non diciamo di astrazioni, ma neppure di un po' di mitezza, attanagliati inesorabilmente alla terra. In ultima analisi vittime anche essi del loro destino. In questa atmosfera si muove Marion, prima bambina e adolescente poi, nella affannosa ricerca di un cenno di affetto, di uno sguardo tenero, di un pizzico di umanità. Giungerà, per sentirsi viva, a considerare le violenze domestiche come un segno di attenzione. Ne conseguirà la sua destrutturazione, il senso di vuoto, il panico, la percezione della propria nullità. Inizia così un percorso ricorrente in disagi contrassegnati dalla non accettazione di sé, i disordini alimentari, l'autolesionismo e, da ultimo, il tentativo di suicidio.

Riuscirà poi, seppur parzialmente, ad allontanarsi per guardare oltre: altri cieli, altri colori. L'altrove di Marion è, sì, un luogo fisico finalmente lontano dalla stagnazione del luogo natio, ma si sostanzia anche e soprattutto in due oggetti: uno specchio e un diario. Lo specchio inquietante, enigmatico, simbolo fondamentale della poetica borgesiana, e, soprattutto, incontro fondamentale con la proprie identificazioni immaginarie, secondo Lacan, in questo romanzo assurge a dimensione salvifica. Significante, in questo caso, non dell'incontro con lo sguardo materno, ma simbolico di una possibilità, seppur molto illusoria, per superare il proprio isolamento, ma è, fundamentalmente, strumento di individuazione tramite il quale oggettivare, scomporre e ricomporre le proprie ferite.

Il libro nasce dall'incontro casuale tra la scrittrice e Marion, adulta, che, all'interno di una relazione amicale protratta nel tempo, prima di partire le affida due lettere ed un manoscritto, con l'invito a pubblicarlo solo dopo la propria morte. Prima sarebbe stato pericoloso per qualcuno, anche per lei, ma dopo avrebbe potuto confortare chi si fosse

trovato a soffrire come era accaduto a lei.

L'amore "mancato" della sua infanzia, segnerà per sempre la vita della protagonista e di tutte le relazioni all'interno della sua famiglia, caratterizzate da ambivalenze, gelosie, diffidenza.

Il rapporto con il padre, figura marginale, è anch'esso fonte di dolore e di rimorsi.

Gli unici, durante l'infanzia, da cui Marion si sente accettata sono zia Francesca e nonno Luigi: con loro la bambina conosce cosa sia la serenità e il volersi bene, ma muoiono quando è piccolina. Godrà dell'affetto di alcuni cagnolini, che non la tradiranno mai e di due oggetti transizionali, un pezzo di lana da bambina e un orsacchiotto da adulta.

Fino all'adolescenza assistiamo ad un coacervo di episodi di violenza verbale e fisica, di atti aggressivi della madre che avrebbero indebolito la resistenza di chiunque, ma Marion resiste in un miscuglio di sensazioni di amore e odio, di sensi di colpa e rabbia che la fanno vivere con estrema difficoltà. L'ambivalenza nei confronti della madre pervade tutto il racconto, dall'inizio alla fine.

Non si confida con nessuno, non c'è alcuno che conosca le angherie subite, almeno fin quando non avrà una vita lontano dalla famiglia. L'unico modo che trova per poter andare avanti sono, prima di tutto, le lacrime. Quando il dolore per le sopraffazioni diventa intollerabile, la troviamo piangente, ma sono lacrime versate di nascosto, sempre, fuori o dentro casa. Nessuno deve sapere. Si è costruita una corazza esterna, quasi di indifferenza, come quella materna nei suoi confronti, ma il dolore è tanto.

L'altro oggetto salvifico, il suo diario, e che poi sarà il manoscritto su cui viene costruita questa narrazione, accoglie i suoi pensieri: ogni volta ella lo nasconde come un bene prezioso.

Con questi strumenti, usati per tanti anni, Marion riesce a condurre una sorta di autoanalisi, di *talking cure* scritta attraverso cui svilupperà una forma di autoconsapevolezza.

Tutta la sua vita è una ricerca dell'amore degli altri, una richiesta del riconoscimento mancato e mancante: per uno strano scherzo del destino, il nome delle tre persone da lei più amate iniziano con la A. La A maiuscola. Sarà stato un caso?

In realtà, lei è per sempre una bambina, desiderosa di affetto e riconoscimento.

I sentimenti di Marion rimangono contrastanti fino alla fine. Comincia a pensare che l'unico modo per salvarsi e non soffrire sia quello di perdonare la madre per averla sempre respinta e non averla amata. Le scrive due lettere, ma non le spedisce ...

Perdonare o mettere le distanze?

Perché leggere questo libro? Perché per vie e sentieri i più variegati possibili, la vita ci tratta tutti duramente.

L'arcipelago interiore che connota e definisce la vita difficile di Marion ci richiama e ci aiuta ad essere consapevoli di essere portatori di anima, la sola che ci rende unici e definiti di essere ricordati.



La rivista pubblica contributi originali. Gli articoli devono pervenire alla redazione centrale (c/o Nicoletta Brancaleoni, Via di Val Tellina 52, 00151 Roma, tel.333.4937192 e-mail n.brancaleoni@alice.it) corredati da una nota informativa dell'Autore/i contenente: dati anagrafici, titoli professionali, titoli scientifici, attività prevalente, appartenenza ad istituzioni, indirizzo e recapito telefonico e autorizzazione alla pubblicazione firmata dagli Autori. Ogni articolo conforme alle norme editoriali sarà valutato anonimamente da due referee. Gli originali, anche se non pubblicati, non si restituiscono. I lavori dovranno essere presentati al suddetto indirizzo di posta elettronica elaborati con Word per Windows.

Non è prevista la correzione di bozze da parte degli Autori. I testi devono, pertanto, essere pronti per la stampa.

I riferimenti bibliografici devono contenere, tra parentesi, il cognome dell'Autore, l'iniziale puntata del nome e l'anno di pubblicazione - es.: **Freud S. (1920)**, -. Nel caso di più opere dello stesso anno, l'anno è seguito da una lettera - es.: **Freud S. (1920 a)**,. Se si vuole riferire a un certo tratto del testo bisogna aggiungere l'indicazione di pagine - es.: **Freud S. (1920: 80-85)**,. Se gli autori sono più di due, si usi l'abbreviazione et al.

N.b.: eventuali note vanno riportate alla fine dell'articolo, prima della bibliografia.

N.b.: eventuali note vanno riportate alla fine dell'articolo, prima della bibliografia.

Croce E.B. (2002), *Fallo e matrice: vie della lettera in psicodramma analitico* in «Quaderni di Psicoanalisi e Psicodramma analitico» n. 1-2, ed. Anicia, Roma, 2002.

Ferenczi S. (1930), *Trauma e anelito alla guarigione*, in *Opere*, vol. IV, Guaraldi, Firenze, 1974.

Freud S. (1901), *Frammento di un'analisi d'isteria (Caso clinico di Dora)*, in *Opere*, vol. IV, Boringhieri, Torino, 1974.

- (1908), *Il romanzo familiare dei nevrotici*, in *Opere*, vol. V, Boringhieri, Torino, 1977.

