

Editoriale

di *Adriana Gagliardi**



Ricevuto il 2/11/2019

Accettato il 5/11/2019

Riassunto

In questo editoriale il Direttore presenta il tema del numero, con alcune sue considerazioni sull'origine e i destini del trauma. Il trauma reale/fantasmatico appare nella sua severità come un'effrazione nella continuità dell'essere; esso è dovuto a una multifattorialità di elementi combinati che sono all'origine della sofferenza dei pazienti e della loro riedizione nel transfert. Per quanto gli eventi traumatici possano essere oggettivamente soverchianti, è il vissuto soggettivo, nell'intrapsichico, che ne determina i destini. La "madre sufficientemente buona" di Winnicott avrebbe, dunque, il compito di percepire e accettare le eventuali fragilità del bambino, accettare, cioè, l'*infans* nella sua realtà e accoglierlo nella sua alterità soggettiva. Ugualmente, l'accettazione dell'alterità e del limite spetta all'analista quando l'ambiente di sostegno ha fallito e si è rivelato, per questo, traumatico. Alla coppia psicoanalitica il compito di ricostruire-costruire-ritrascrivere il vissuto del trauma e di promuovere il senso della continuità del Sé che il trauma ha interrotto. Sono presentati i contributi dei vari autori che intervengono sul tema di questo numero.

Parole chiave: origine, trauma, genitore sufficientemente buono, analista sufficientemente buono.

* Socio ordinario SIPP con funzioni di training, Direttore di *Psicoterapia Psicoanalitica*, Via Santa Lucia 27, 35139 Padova (PD). adrianagaliardi97@gmail.com

Summary. Editorial

In this editorial the director presents the theme of the issue, with some of his considerations on the origin and destiny of the trauma. The real / phantasmic trauma appears in its severity as a break in the continuity of being; it is due to a multifactorial nature of combined elements that are at the origin of the suffering of the patients and of their re-edition in the transference. As traumatic events may be objectively overwhelming, it is the subjective experience, in the intrapsychic, that determines its destinies. The “good enough mother” of Winnicott would, therefore, have the task of perceiving and accepting the eventual fragility of the child, that is accepting the *infans* in its reality and accepting it in its subjective otherness. Likewise, the analyst’s acceptance of otherness and of limitation is when the support environment has failed and has proved to be traumatic for this. The psychoanalytic couple has the task of reconstructing-constructing-re-writing the experience of trauma and of promoting the sense of continuity of the self that the trauma has interrupted. The contributions of the various authors on the subject of this issue are presented.

Keywords: origin, trauma, parent good enough, analyst sufficiently good.

Il tema di questo numero, *Origine e destini del trauma*, si presta a innumerevoli vertici di pensiero e di scrittura: da Freud ai nostri giorni, nelle sue svariate e ricche declinazioni teoriche, tecniche e cliniche, possiamo dire che percorra tutto il pensiero psicoanalitico. D’altra parte, basti ricordare le variazioni su questo tema già nel pensiero del fondatore della psicoanalisi per coglierne la complessità e l’attualità che conserva nel pensiero psicoanalitico odierno. Com’è noto, dal 1920, in particolare nel suo scritto *Inibizione, sintomo e angoscia* (1925), Freud prese in considerazione il trauma prodotto dalla relazione d’oggetto, oltre a quello interno fantasmatico. La riflessione sull’interazione tra l’intrapsichico, l’intersichico e la teoria delle relazioni oggettuali ha avuto gli sviluppi che noi tutti conosciamo.

In questo numero sono presenti dimensioni teorico-tecniche differenti con le quali la soggettività del terapeuta si rapporta alle varie espressioni traumatiche presenti nel paziente. Questi punti di vista differenti si coniugano con la possibilità, da parte del paziente, di raffi-

gurare e simbolizzare la sua situazione traumatica all'interno del processo terapeutico o, al contrario, con l'impossibilità di raffigurazione e simbolizzazione, perché il trauma da lui subito è troppo precoce, cumulativo, inscritto nella memoria implicita, percepibile dal terapeuta attraverso un linguaggio non verbale o preverbale.

Come, dunque, percepire il trauma nella ricorsività del transfert, nella relazione con il paziente, costruire e ricostruire la storia della sua origine soggettiva attraverso il processo terapeutico, nel comune bisogno-desiderio di paziente e terapeuta di dare senso alla sofferenza, di dare forma al non conosciuto, nella speranza di creare, co-creare un destino differente?

Prima di presentare i lavori di questo numero, vorrei proporre una riflessione, che nasce anche proprio da questi interessanti contributi.

Sono sempre più convinta che la psicopatologia, qualora si sviluppi in maniera grave e conclamata, abbia all'origine una multi fattorialità di elementi combinati e che sia questa sfortunata congerie di variabili a tessere la sofferenza dei nostri pazienti. In questa dimensione complessa si nutre la traumaticità sia nella sua origine che nella sua riedizione. Vorrei mettere in dubbio il modo meccanico di ipotizzare le cause della sofferenza e della psicopatologia dei pazienti come legate *soltanto* al tipo di relazione distorta instaurata all'interno dell'ambiente di sostegno e da parte delle figure primarie di accudimento. Naturalmente non voglio dire che queste ultime non abbiano un peso determinante nello sviluppo delle patologie del bambino prima, e dell'adulto dopo, ma penso sempre che la gravità delle stesse sia anche dovuta alla mancanza di alcune risorse di base dell'*infans*, che si saldano ad una carente capacità di accudimento e di accettazione: questo intensifica la portata e la severità del trauma.

La gravità del trauma può essere considerata come una variabile soggettiva che spesso appare non collegata all'entità oggettiva dell'effrazione traumatica. Mi riferisco, per esempio, agli esiti di un trauma reale che determina la rottura improvvisa di una continuità, con una valenza economica soverchiante che irrompe nella vita della persona (penso a grandi eventi naturali o provocati da mano umana, non ultimi quelli delle persecuzioni e delle torture, delle guerre passate e presenti, ai lutti traumatici). Credo che ci sia un vissuto soggettivo diverso che questi grandi eventi determinano in ogni individuo; forse il concetto di "resilienza" potrebbe essere utile per esemplificare questo pensiero.

Anche i traumi cumulativi o quegli eventi di non corrispondenza emotivo-affettiva tra l'*infans* e il suo ambiente di sostegno, omologabili al trauma reale e sempre più presenti nella letteratura psicoanalitica odierna, non possono prescindere dalla predisposizione dell'*infans* di tipo biologico, al suo equipaggiamento soggettivo presente fin dalla sua nascita: alcuni fattori di fragilità soggettiva colludono con la fragilità degli oggetti primari.

Vale la pena di ricordare che il secondo tempo del trauma, che ritrascrive il trauma primario e evidenzia la sua origine nella sua ripetizione durante il processo psicoanalitico, non può che essere ipotizzato attraverso la sensazione-percezione dell'analista nei pazienti non nevrotici. Questo è ancora più vero per alcune patologie odierne. Le ipotesi sugli eventi traumatici all'origine della sofferenza e sulla loro evoluzione o il loro destino risultano sempre più legate al modo soggettivo intrapsichico-fantasmatico, e poi reale, con il quale la persona, il paziente, vive gli eventi che hanno generato la sua sofferenza.

In questo senso la "*madre sufficientemente buona*" di Winnicott avrebbe il compito, molto arduo, di comprendere le eventuali insufficienze del bambino, accettare l'*infans* nella sua soggettività e alterità. In altri termini, essere in grado di accoglierlo operando anche una disillusione sull'immagine del bambino ideale che si è formata nell'attesa della sua venuta, così da riconoscere l'eventuale limite del bambino reale e accettarlo in questa sua dimensione.

L'accettazione dell'alterità e della soggettività e del suo limite è dunque il compito, altrettanto arduo, che spetta all'analista quando l'ambiente di sostegno ha fallito e si è rivelato, a causa di questo fallimento, traumatico. Alla coppia psicoanalitica al lavoro il compito di ritrascrivere-ricostruire-promuovere il senso della continuità del Sé e una maggiore consapevolezza della propria unicità e dei propri limiti, elementi che concorrono a una vita "sufficientemente" in grado di adattarsi alle innumerevoli sfide e frustrazioni che essa propone.

La sezione *Lector in fabula* è dedicata ad alcune mie riflessioni sul trauma dell'analista, quello che si può dire sia *all'origine del suo destino di curante*. L'oscillazione insita nel nostro difficile mestiere, tra la nostra soggettività, l'essere persona, a contatto con la propria sofferenza, e l'alterità sofferente e la responsabilità della cura dell'altro, può provocare dei microtraumi nell'intrapsichico dell'analista. Col

tempo ci si attrezza, forse, a sviluppare delle difese che, pur mantenendo vivo il rapporto terapeutico, aiutano a sviluppare negli anni una capacità più profonda di movimento intrapsichico durante l'ascolto analitico. Il testo, proposto al commento di alcuni interlocutori, è volutamente non saturo, senza interpretazioni in *après cuop* dei flash clinici, proprio per permettere la libera interpretazione di coloro che lo leggeranno.

Riflessioni su questo tema sono state proposte ai colleghi: Maurizio Balsamo, Silvia Grasso, Chiara Nicolini e Giovanni Starace.

La sezione *Saggi* si articola in quattro lavori sul trauma.

Rutilia Collesi ci parla del trauma precoce che ha comportato gravi rotture nella continuità dell'Essere. L'autrice, attraverso la sua vasta esperienza clinica, mette in evidenza l'aspetto particolare che ricorre nella disposizione all'ascolto di questo tipo di pazienti, nei quali "ricordare è sognare" e non è possibile "sognare per ricordare". Per entrare in contatto con ciò di cui parla il paziente e per incontrarlo, occorre una regressione formale del pensiero anche nell'analista, e questo dà origine a un funzionamento della coppia analitica con quote di allucinatorio.

Franco De Masi affronta il tema del trauma emotivo e del suo intreccio con le strutture psicopatologiche soggettive. L'autore sottolinea l'importanza di una diagnosi dinamica, tale da ipotizzare una ricostruzione, per quanto possibile, della storia emotiva del paziente e dell'ambiente in cui è cresciuto. Tale diagnosi dovrebbe tenere conto del funzionamento psichico del paziente e delle ragioni della sua sofferenza. Il concetto di trauma emotivo è collegato alle risposte distorte dell'ambiente, un ambiente che non corrisponde emotivamente alle modalità di funzionamento del soggetto e che ne causa la psicopatologia.

Clara Mucci ci parla di trauma e attaccamento nei pazienti borderline, prendendo in considerazione alcuni elementi che integrano la psicoanalisi relazionale e quella delle relazioni oggettuali con le neuroscienze e le teorie dell'attaccamento e della dissociazione (Schore, Liotti). In questo modo pone le basi per una eziopatogenesi traumatica del disturbo di personalità e, di conseguenza, per una clinica del trauma basata sulla regolazione affettiva nel campo terapeutico. L'esempio clinico riportato si basa su un processo che l'autrice chiama "testimonianza incarnata", incentrata sull'integrazione dei vari circuiti

mente-corpo-cervello, attraverso mirroring, enactment e regolazione affettiva costante, ai margini di una disregolazione affettiva nella comunicazione intersoggettiva tra i due soggetti della clinica.

Anita Gagliardini evidenzia le dinamiche psichiche dei familiari dei pazienti affetti da emofilia ed i loro aspetti traumatici. Il trauma originato dalla malattia organica congenita provoca una profonda ferita narcisistica, in particolare nella madre che è in linea di trasmissione diretta dell'emofilia. Le dinamiche familiari, quindi, ne risultano profondamente sconvolte con l'attaccamento eccessivo della madre al figlio, che avrà come conseguenza la mancata funzione paterna di terzo separante e l'impossibilità del bambino ad avere accesso alla dinamica edipica.

Scorci. Sara Madella, in uno scorcio intitolato *Frammenti*, ci fa immergere in una realtà fatta di traumi reali: quella della guerra e delle catastrofi, di eventi non pensabili e tanto meno nominabili. Così l'autrice riporta due situazioni cliniche nelle quali due pazienti, emigranti in un centro di accoglienza, descrivono due situazioni traumatiche che si intersecano drammaticamente in un solco di sofferenza nelle dinamiche del processo terapeutico. Razwan e Bangash, questi i loro nomi, senza più radici e identità, chiedono al terapeuta, aiutato dal mediatore culturale, di ricomporre la loro frammentazione psichica, di essere visti nella loro totalità senza il terrore della non esistenza.

Maria Mosca scrive un lavoro che dal suo titolo *Trauma e reazione terapeutica negativa* ci fa pensare alle radici del pensiero psicoanalitico, a un termine classico che, se pur datato e rielaborato in ricerche successive in termini di *impasse* nella comunicazione con l'analista, resta per l'autrice ancora valido e utile nelle manifestazioni del negativo nella relazione terapeutica. In particolare, l'autrice ne rivendica il significato originario, in special modo riferendosi a pazienti con nuclei psicotici: considera nella reazione terapeutica negativa (*Rtn*) l'aspetto resistenziale collegato al narcisismo negativo. La *Rtn* è una resistenza "diabolica" del paziente alla cura, come espressione della pulsione di morte. Alcuni flash clinici dimostrano il suo pensiero.

Dell'ascolto psicoanalitico in un centro antiviolenza ci parla Gina Troisi, descrivendo la condizione traumatica e la complessità insita nella presa in carico delle donne che hanno subito violenze ed abusi, data anche l'emergenza delle situazioni. L'ascolto psicoanalitico,

esemplificato da un caso clinico, permette l'avvio di una iniziale elaborazione del trauma, consentendo di creare connessioni che inaugurano una ricostituzione del legame con l'altro.

Il lavoro di Luigi Antonio Perrotta descrive un percorso di psicoterapia psicoanalitica svolto in Istituzione con un paziente grave. L'intervento evidenzia, attraverso le dinamiche transferali e controtransferali, la ricostruzione e l'integrazione di aspetti frammentati del paziente; in particolar modo, è messa in luce la costruzione di oggetti interni più solidi che avviano una trasformazione intrapsichica; questa inaugura cambiamenti anche su aspetti esterni, oltre alla possibilità di nuovi investimenti per il paziente.

Il trauma e la possibilità di poter esprimere l'inesprimibile attraverso l'arte, è oggetto di una riflessione di Sara Ugolini, nella sezione *Intersezioni*. L'autrice ci parla dell'*Art Brut*, un territorio creativo che prevede un legame inossidabile tra oggetto perduto e stato di traumaticità dell'autore. Ugolini si chiede se la presenza del trauma e della biografia dell'artista possano essere un metodo critico sufficiente di valutazione dell'opera, o se la *Art Brut* miri ad un impatto emotivo, assecondando un'esigenza di visibilità.

A queste domande l'autrice risponde, avvalendosi di fonti interdisciplinari, che forse la risposta sta nella comunicazione della propria creatività e negli elementi di trasmissione che arricchiscono l'opera di ulteriori significati creativi, nel momento in cui essa comunica e provoca identificazioni nel pubblico dell'arte.

Nella sezione *Istituzioni*, Anna Giavedoni ci parla della complessità e delle difficoltà del vissuto in cui si trovano immersi gli operatori che lavorano in Istituzione con pazienti affetti da disturbi psichici gravi. L'autrice tratteggia il significato del vissuto traumatico di coloro i quali accostano la psicosi dei pazienti; in particolare descrive, attraverso il concetto di area traumatica, gli aspetti specifici della relazione che si viene a instaurare con i pazienti psicotici e i pazienti borderline.

Auguro una buona lettura.