



TEORIA E CLINICA DELLA MEMORIA DEL TRAUMA PSICHICO INFANTILE

Il contributo di Freud e Ferenczi nell'interfaccia tra Psicoanalisi e Neuroscienze

INDICE:

Premessa

Il concetto di trauma in Freud

Il concetto di trauma in Ferenczi

La memoria del trauma: tra iscrizione e ritrascrizione

Trauma e corporeità: l'incisione del trauma nel corpo

Eco perpetua del trauma: fissazione al trauma e coazione a ripeterlo

- La ripetizione del trauma nei sogni
- La fissità del trauma nel gioco

"Ricordare, ripetere, elaborare": la clinica del trauma

Conclusioni

Bibliografia

Altre letture su HT

Premessa

Questo articolo, nel compiere una rilettura dei contributi di *Sigmund Freud* e *Sándor Ferenczi* (quest'ultimo Medico, Psichiatra e Psicoanalista ungherese, allievo di Freud) alla teoria e clinica della memoria nel trauma psichico infantile, ne focalizza in particolare gli elementi significativi e ancora "attuali", alla luce degli sviluppi più recenti, sia all'interno della teoria psicoanalitica che delle ricerche di Neuroscienze.

Lo scopo è infatti quello di ricercarne i fertili contributi e le aperture concettuali che, nell'evoluzione degli ultimi decenni, sostengono alcuni significativi sviluppi attuali. Poiché, nella più recente psicotraumatologia, è stato significativo l'apporto delle Neuroscienze e in particolare di quelle neurobiologiche, i processi di memoria, dalla ripetizione all'elaborazione del trauma, sono qui colti anche nella «*interfaccia tra psicoanalisi e neurobiologia*» (Modell A.H., 1997), cercando di individuarne i punti di intersezione e contatto nella prospettiva di una loro possibile integrazione.



Il concetto di trauma in Freud

La prima descrizione data da Freud in rapporto all'eziologia della nevrosi, specialmente isterica, è in gran parte economica (ossia "quantitativa"):

«Il trauma si dovrebbe definire come un incremento di eccitamento nel sistema nervoso che questo non è riuscito a liquidare a sufficienza mediante reazione motoria».

(Freud S., Breuer J., 1892-1895, pag. 156)

Tale aspetto è evidente ancora decenni più tardi quando definisce traumatici «(...) quegli eccitamenti che provengono dall'esterno e sono abbastanza forti da spezzare lo scudo protettivo. Penso che il concetto di trauma implichi quest'idea d'una breccia inferta nella barriera protettiva che di norma respinge efficacemente gli stimoli dannosi» (Freud S., 1920, pag. 215).

In una visione ampia, l'accento è posto però non tanto sull'avvenimento traumatizzante, ma sugli «*affetti penosi del terrore, dell'angoscia, della vergogna, del dolore psichico*» (Ibidem, pag. 177) da esso provocati e soprattutto sulla sua **rappresentazione interna** che, **rimossa, produce effetti patogeni** duraturi nella struttura psichica.

Il concetto di trauma in Freud si fonda su una **base pulsionale-energetica**.

Le pulsioni, per le quali utilizza il termine "*trieb*" (spingere) distinguendolo da "*instinkt*" (istinto e tendenza), sono rappresentazioni psicologiche innate che producono uno stato di eccitazione psichica e inducono alla ricerca della scarica energetica attraverso un oggetto parziale (esempio: seno) o totale (esempio: donna).

Nelle sue prime teorizzazioni Freud distingue le **pulsioni dell'Io** volte all'autoconservazione, forze rimuoventi, da quelle **sessuali rimosse** che cercano di raggiungere un soddisfacimento.

Successivamente le classifica in due categorie generali: **pulsioni di vita e pulsione di morte**, collocandone la fonte nell'Es. Anche l'energia utilizzata dall'Io è presa da questo fondo comune come energia desessualizzata e sublimata.

Il concetto di pulsione è in Freud al limite tra psichico e somatico ed è strettamente connesso alla sua teoria della sessualità infantile la cui fioritura, con l'intensità e il prolungamento delle cure materne, deve però ridimensionarsi quando viene a contatto con il principio di realtà, frutto dell'educazione e della cultura.

Orientato inizialmente a una **teoria della seduzione**, Freud collega il trauma psichico a uno o più eventi ripetuti, di natura sessuale, risalenti all'epoca infantile, come prima causa per le nevrosi isteriche e ossessive.

«La comparsa dei sintomi nevrotici origina dall'aver realmente vissuto un trauma sessuale».

(Freud S., 1896)

Attraverso l'osservazione clinica, scopre poi che le scene di seduzione sono in realtà spesso il risultato di ricostruzioni fantastiche o di **fantasie inconse**.



Più cauto nei confronti dei racconti delle sue pazienti, nel 1897 abbandona la teoria traumatica della seduzione, affermando che ciò che è traumatizzante per il paziente è l'elaborazione fantastica da lui stesso compiuta.

Pur sostenendo l'esistenza di traumi sessuali infantili, ne sottolinea l'elemento fantasmatico, accordando importanza centrale all'**azione dei fantasmi inconsci e delle pulsioni rimosse**, rispetto al ruolo degli avvenimenti esterni traumatici (Freud S., 1906).

Come lo Psicoanalista austriaco *René A. Spitz* (1976) ha sottolineato, Freud ha considerato l'oggetto libidico (ossia l'oggetto su cui viene scaricata, quindi soddisfatta, la pulsione) quasi esclusivamente dal punto di vista dei desideri inconsci del bambino e non sullo sfondo della "reale" relazione reciproca bambino-oggetto.

Pur senza trascurare il momento reale traumatico, si collega soprattutto alla rappresentazione interna che elabora il bambino e al ruolo delle fantasie inconscie. Sottolinea come il trauma non agisca direttamente, ma solo attivando fantasmi interni già presenti, risvegliando un'eccitazione pulsionale.

Il concetto di trauma in Ferenczi

Se Freud tende a considerare il trauma in termini intrapsichici, Ferenczi, che gli fa da contrappunto, vuol collocarlo in un **contesto relazionale**, accostando ciò che accade nella mente del bambino a ciò che avviene nell'interazione tra lui e l'ambiente, tra le sue necessità e le risposte offerte dalle persone vicine, nelle sue prime relazioni.

Il trauma psichico, secondo Ferenczi, non genera un'idea patogena, ma **irrompe in un mondo di relazioni e di significati**, sconvolgendolo e disorganizzandolo.

L'Analista ungherese colloca il trauma nella relazione del bambino con un adulto per lui significativo.

L'adulto, contrariamente alle aspettative del bambino, ha con questi un comportamento eccitante, terrorizzante o doloroso. Successivamente tale comportamento viene negato o minimizzato dall'adulto quindi il bambino, privato della possibilità di ricevere riconoscimento o conforto in relazione a quanto vissuto, resta disorientato e confuso.

Privilegiando la componente ambientale e relazionale, Ferenczi amplia e modifica il concetto di trauma e vi include non solo eventi o comportamenti eclatanti ma anche misconoscimenti, attribuzioni, incomprensioni e aspettative genitoriali, anticipando di decenni le attuali ricerche sul "trans-generazionale" (Neri C., 1993).

Ciò che Freud aveva accennato, parlando di «*traumi parziali*» (Freud S., Breuer J., 1892-1895) Ferenczi amplia, guardando al *traumatismo precoce* vissuto dal bambino sia nei comportamenti perversi e violenti dei genitori che in tutte le varie forme di cattivo accudimento. Approfondisce infatti l'**influenza patogena di eventi non rilevanti** e microscopici ma **ripetuti** che acquistano un'importanza retrospettiva.



Anticipa così il concetto di «*trauma cumulativo*» (M. Khan, 1974) derivante dalle tensioni che il bambino sperimenta nella sua dipendenza dalla madre, attraverso fattori ambientali piccoli e ripetuti, apparentemente innocui e impercipienti ma che determinano effetti destrutturanti sull'Io.

L'elemento fondamentale che Ferenczi mette in evidenza è il fatto che: «*è il disconoscimento da parte della madre di ciò che è accaduto a rendere il trauma patogeno (...) la cosa peggiore è quando al trauma viene opposto un diniego, ovvero l'affermazione che non è successo niente (...): è soprattutto questo che rende il trauma patogeno*» (Ferenczi S., 1931, pag. 75).

È rilevante l'attualità di quest'affermazione di ottanta anni fa. Essere creduto, appoggiato, sostenuto dalla madre e dalla famiglia è infatti considerato di essenziale importanza come fattore protettivo del bambino abusato contro l'emergere di difficoltà di adattamento.

In una prospettiva nuova e originale sull'abuso sessuale infantile, Ferenczi denuncia la **confusione tra linguaggio della tenerezza e quello della passione**.

«Se ai bambini che attraversano la fase della tenerezza, si impone più amore o un amore diverso da quello che desiderano, ciò può avere conseguenze altrettanto patologiche della privazione d'amore».
(Ferenczi S., 1932 a, pag. 97)

Ferenczi ritorna ad affermare **l'importanza e la realtà del trauma sessuale**, provato dalle tante confessioni di pazienti che rivelavano d'aver compiuto abusi su bambini. In contrasto con il *Maestro*, afferma che la seduzione avviene realmente nella relazione con l'adulto e non è il risultato di una fantasia e pulsione infantile.

Tale visione è confluita, dopo decenni, nella crescente attenzione psicoanalitica alle complesse interrelazioni tra mondo interno ed esterno nel trauma, privilegiando i processi comunicativi, specie emozionali e affettivi e i modelli interazionali dove acquistano rilievo anche i fenomeni transgenerazionali (Neri C., 1993).

La memoria del trauma: tra iscrizione e ritrascrizione

Abbandonata la statica rigidità delle concezioni passate, la **memoria** è oggi considerata come **processo dinamico e flessibile**, nel suo carattere categoriale e ritrascrittivo.

Non deposito di dati, né replica di eventi, essa è piuttosto una memoria **trasformativa** basata su meccanismi di continua ricategorizzazione associativa, a causa dei mutamenti nelle mappe di memoria dovuti a sempre nuovi contesti e associazioni sinaptiche (Edelman G., 1989, 1992).

Il passato non è più qualcosa di concluso, ma **può essere riscritto**.

Elemento di grande importanza e attualità, nello studio della memoria nel trauma psichico, può essere considerato quindi il concetto freudiano di **Nachträglichkeit**: termine comparso per la prima volta nella lettera a *Wilhelm Fliess* del 1896 (Freud S., 1892-97) e tradotto in inglese come "*deferred action*", in italiano come "*posteriorità*", in francese come "*après coup*" (Laplanche J., Pontalis J-B., 1967).



Freud collocava i traumi sessuali prevalentemente intorno ai quattro-cinque anni, comunque mai oltre gli otto-dieci, affermando che non producevano effetti all'epoca in cui si verificavano, ma la loro traccia psichica si conservava, riattivandosi più tardi quando, grazie ai cambiamenti puberali, il ricordo sviluppava «*una potenza del tutto assente nell'episodio originario*» agendo «*come se fosse un episodio attuale*», in «*un'azione postuma di un trauma sessuale*» (Ibidem, pag. 299).

Il concetto freudiano di "Nachtraglichkeit" implica quindi la **successiva rielaborazione fantasmatica di eventi passati**, che ridà loro un senso o una ricaduta patogena e mostra la possibilità mentale di esperire, come attuali, situazioni passate. Per Freud cioè il ricordo di un trauma può diventare patogeno nella sua successiva ritrascrizione.

«Non sono le esperienze ad avere effetto traumatico, ma il loro rivivere come ricordo, dopo che il soggetto ha varcato la soglia della maturità sessuale».
(Freud S., 1896 b, pag. 309)

«I traumi infantili agiscono a posteriori come esperienze recenti, ma solo inconsciamente».
(Freud S., 1896 b, pag. 311)

Tale **concetto di "posteriorità"**, complesso e articolato, è una felice intuizione che anticipa la teorizzazione della proprietà della mente di ricategorizzare e ridare continuamente un significato al passato, messa in evidenza anche dai moderni studi (Edelman G., 1992).

Anticipando la moderna concezione dei processi di memoria, Freud intuisce che il ricordo non è registrato una volta sola, ma «*tradotto*» in diverse successive iscrizioni nelle varie epoche di sviluppo, mostrando la possibilità della mente di riattualizzare il passato, di **rivedere e ricreare a posteriori le memorie**, in una sorta di «*riscrittura*» dei ricordi.

Essi, secondo Freud, possono essere modificati e falsati, spesso «*deformati rispetto alla verità*» (Freud S., 1914 b, "Dalla storia di una nevrosi infantile", pag. 526), al servizio di processi di rimozione e spostamento, tanto da non poter essere distinti dalle fantasie inconse.

I dati provenienti dalle ricerche delle Neuroscienze tendono a confermare le osservazioni di Freud e Ferenczi riguardo alla memoria dei traumi infantili.

Nelle sue prime teorizzazioni sull'amnesia infantile, Freud ha rilevato la **non rappresentabilità verbale dei precoci ricordi** di «*(...) traumi infantili, la cui traccia non è mai reperibile nel ricordo cosciente ma soltanto nei sintomi della malattia*» (Freud S., 1896).

Nei traumi psichici infantili sono dominanti infatti le **memorie pre-verbali e pre-simboliche**, oggi definite procedurali, implicite. Le esperienze traumatiche precoci non possono essere fissate nella memoria semantica perché inizia a svilupparsi durante il secondo anno di vita, mentre quella episodica e autobiografica non si sviluppa prima dei tre anni.

La memoria esplicita, dichiarativa, di tipo verbale, mediata dal solo lobo temporale, opera attraverso circuiti sensoriali che conducono all'ippocampo e poi alla corteccia e si forma verso i tre anni. Sono scarsi i ricordi dichiarativi, narrativi prima di questa età.



I dati provenienti dalle ricerche delle Neuroscienze tenderebbero a confermare quindi **l'amnesia infantile** di cui per primo parlò Freud.

Lynn Nadel e W. Jake Jacobs (entrambi docenti e ricercatori del Dipartimento di Psicologia dell'Università di Arizona) hanno infatti attribuito l'amnesia infantile alla lunghezza del periodo di maturazione dell'**ippocampo**: non ci sarebbero ricordi espliciti della prima infanzia perché il sistema che li forma **non sarebbe ancora a punto** (Jacobs L., Nadel W.J., 1985, pagg. 512-531).

La memoria implicita, non verbale, mediata da molti sistemi tra cui quello della paura che comprende amigdala e aree collegate, è invece più precoce e tende a lasciare **un'impronta indelebile**.

«I ricordi traumatici inconsci di paura, stabiliti attraverso l'amigdala e le sue connessioni, sembrano impressi a fuoco nel cervello ed è probabile che ci accompagnino per tutta la vita».
(LeDoux J., 1996, pag. 262)

A differenza di Freud, Ferenczi ritiene che il trauma «non può essere ricordato perché non è mai stato cosciente, può solo essere rivissuto e riconosciuto come passato» (Ferenczi S., 1920-1932, pag. 263).

Ferenczi sostiene che nell'infanzia, soprattutto nella prima (3-4 anni), i bambini hanno pochi «ricordi coscienti ma solo sensazioni (...) e conseguenti reazioni corporee. **Il ricordo resta conficcato nel corpo** ed è solo lì che è possibile risvegliarlo. (...) In alcuni momenti del trauma il mondo oggettuale scompare del tutto o in parte: tutto diventa sensazione senza oggetto» (Ibidem, pag. 249).

Ne consegue che «è ingiustificato pretendere dall'analisi il ricordo cosciente di qualcosa che cosciente non è mai stato» (Ibidem, pag. 250).

Ferenczi ha colto il livello somatosensoriale a cui prevalentemente sono legate le esperienze infantili traumatiche.

Lo shock inatteso, schiacciante, porta una paralisi motoria e del pensiero, durante la quale «ogni impressione meccanica e psichica viene assorbita senza difesa (...) di queste impressioni non rimangono tracce mnestiche residue, nemmeno nell'inconscio, per cui le cause del trauma non sono rintracciabili mediante la memoria» (Ferenczi S., 1934, pagg. 104-105).

La moderna ricerca teorico-clinica conferma l'**impossibilità di simbolizzare ed elaborare certi vissuti terrificanti**.

Frequentemente tali esperienze, per gli effetti del trauma sulle strutture cerebrali come l'ippocampo, rimangono prive di rappresentazione semantica e non possono organizzare la memoria in simboli. Restano quindi a livello iconico o somatosensoriale, causando disagi somatici, disturbi comportamentali, incubi, flashback (Van der Kolk B., 1987).

I vissuti traumatici sono in gran parte **rappresentati** attraverso immagini, suoni e odori della **memoria procedurale**, piuttosto che attraverso le parole di quella dichiarativa.



Trauma e corporeità: l'incisione del trauma nel corpo

Le memorie pre-verbali, legate a esperienze precoci, sono «*immagazzinate in immagini senso-motorie e iconiche piuttosto che in rappresentazioni verbali*» (Person S.E., 1994, pag. 135).

La memoria procedurale è infatti ancorata al corpo, al sentire, all'emozione e agli affetti delle prime relazioni. Sensazioni, percezioni, immagini sono *il luogo della violenza traumatica*.

Sono spesso ricordi motori di atti comprendenti la maggior parte dell'esperienza pre-verbale e molte parti di quella non verbale, fenomeni di riattualizzazione di esperienze pre-verbali del passato con cui hanno spesso a che fare gli Psicoanalisti che lavorano con i genitori o con le famiglie.

Materiali non detti e non elaborati, depositati nella memoria, sono capaci di sequestrare e coagulare buona parte della vita emotiva e fantasmatica familiare.

Questi elementi traumatici che si ripetono (ostacolano la memoria impedendo la formazione di un ricordo assimilabile), spesso da indicibili, innominabili, si fanno impensabili depositandosi sotto forma di segreti patogeni.

Più che il ricordo esplicito **dell'esperienza traumatica è trattenuto lo stato fisico-emozionale associato** a esso, così importante nella memoria traumatica che è influenzata dallo stato soggettivo-emozionale attivo in quel momento.

L'esperienza appresa in un determinato stato o situazione infatti si ricorda meglio quando questo stato si ripresenta, è cioè dipendente da esso (Bower G.H., 1992).

Tale apprendimento si riscontra in molte situazioni che dimostrano la congruità della memoria con l'umore per cui ricordi spiacevoli sono più frequenti in stati tristi e depressi e viceversa.

«Quando lo stato emotivo presente e quello immagazzinato come parte della memoria esplicita combaciano, l'attivazione della memoria esplicita viene facilitata.

La co-attivazione della memoria implicita può così aiutare il sistema esplicito sia durante la rievocazione che durante l'apprendimento».

(LeDoux J., 1996, pag. 219)

L'esposizione a situazioni e stati percettivo-somatico-emotivi che richiamano quelli originari di immagazzinamento promuovono quindi selettivamente il recupero dei ricordi traumatici associati (Van der Kolk B., 1989 b, "*Pierre Janet and the Breakdown of Adaptation in Psychological Trauma*").

I ricordi sono riattivati quando una persona è esposta a una situazione o si trova in uno stato somatico che richiama quello presente al momento in cui il ricordo traumatico originario è stato immagazzinato (Van der Kolk B., 1989).

Ancora valida è la convinzione di Ferenczi che siano rari i ricordi traumatici coscienti e siano frequenti invece le sensazioni e le **reazioni corporee attraverso cui è rivissuto il trauma**.

Le sue osservazioni sono vicine e analoghe a quelle recenti relative alle risposte fisiologiche nei disturbi post-traumatici.

In diversi passi dei suoi scritti Ferenczi parla di «*ricordi fisici*» (Ferenczi S., 1959, pag. 62) che «*continuano a vibrare in qualche parte del corpo*» (Ferenczi S., 1932, pag. 264), del ricordo che «*resta conficcato nel corpo ed è solo lì che è possibile risvegliarlo*» (Ibidem, pag. 249).



Riconduce i «*casi di conversione isterica ad una o più esperienze affettive, esperienze il cui contenuto resta inconscio o dimenticato ma la cui energia viene prestata a determinati processi fisici associati nel pensiero a quelle esperienze stesse*» (Ferenczi S., 1916, pag. 222), processi fisici che paragona a «*pietre tombali sotto cui giacciono i ricordi sepolti nel profondo*» (Ibidem).

Un secolo dopo, studi sulle risposte fisiologiche nei disturbi post-traumatici dimostrano, in individui traumatizzati, reazioni autonome condizionate significative in risposta a stimoli e ricordi specifici del trauma.

Tali elevate risposte fisiologiche al richiamo di esperienze traumatiche passate da anni e anche decenni mostrano l'intensità e la durata dei ricordi traumatici immagazzinati a livello senso-motorio e non verbale.

Tali ricordi sono impressi nel corpo che «*tiene i conti*» (Van der Kolk B., 1994).

Il corpo ricorda, non la mente.

Incapace di essere integrata, la memoria traumatica è destinata a essere rivissuta, fissata a una situazione traumatica di cui sono state registrate esclusivamente le sensazioni corporee.

Eco perpetua del trauma: fissazione al trauma e coazione a ripeterlo

Freud, così come già prima lo Psicologo francese *Pierre Janet*, era convinto che tutte le situazioni traumatiche fossero «*imprese sull'ulteriore sviluppo dell'individuo*» (Freud S., 1896, pag. 355) e pensava che «*il fatto che l'esperienza traumatica si imponga continuamente al malato, persino nel sonno, sia appunto una prova della sua forza: il malato sarebbe, per così dire, fissato psichicamente al suo trauma*» (Freud S., 1920, pag. 199).

«Egli è piuttosto indotto a ripetere il contenuto rimosso nella forma di un'esperienza attuale, anziché, come vorrebbe il medico, a ricordarlo come parte del proprio passato».
(Freud S., 1920 pag. 204)

La coazione a ripetere esperienze passate, rivivendo situazioni e stati affettivi traumatici in un «*perpetuo ritorno dell'uguale*» (Freud S., 1919, pag. 95), esprime secondo Freud la spinta a impadronirsi appieno di un evento molto impressionante (Freud S., 1920, pag. 202).

In realtà, come sottolineato da *Van der Kolk*, «*l'esperienza clinica ha mostrato che questo avviene raramente, la ripetizione causa invece una sofferenza supplementare per le vittime o le persone che li circondano*» (1989, pag. 390).

Questo processo inconscio, anche se può temporaneamente fornire un senso di padronanza o perfino di piacere, **perpetua sentimenti cronici di impotenza e malessere.**

Ma il trauma richiede la ripetizione (Terr L., 1990, pag. 209).

Molti soggetti traumatizzati si espongono compulsivamente a situazioni che ricordano il trauma originario, dove l'Io può giocare sia un ruolo di vittima che di carnefice.



Spesso alla base di comportamenti violenti adulti vi è un abuso o una violenza subiti in età infantile. Attraverso la difesa dell'identificazione con l'aggressore, tendente a sostituire la paura e l'impotenza con un senso di onnipotenza, la passività viene ribaltata in attività: non più abusato ma abusante, non più violentato ma violentatore.

Studi clinici confermano come una situazione traumatica infantile possa determinare successivamente un **comportamento autodistruttivo come ritorno del trauma** passato riesperito in relazioni attuali (Van der Kolk B., 1991, pag. 1670).

Le persone esposte a un trauma infantile **tendono ad attenderlo di nuovo**, in seguito, come modo di vita (Van der Kolk B., 1989, pag. 395). Solo raramente è cosciente la connessione tra esperienza traumatica infantile e la sua **ripetizione compulsiva** in comportamenti successivi.

Del resto le vittime di trauma tendono a rispondere a uno stimolo attuale che lo ricorda, come se il trauma fosse ritornato, senza aver coscienza che è l'esperienza passata e non quella presente la base della loro **risposta fisiologica di emergenza** (Ibidem, pag. 396).

Oltre che a livello comportamentale ed emotivo, il trauma può essere ripetuto infatti anche a quello fisiologico e neuroendocrino. Una riesposizione allo stimolo traumatico può avere lo stesso effetto dell'assumere oppioidi esogeni, procurando un sollievo simile (Ibidem, pag. 405).

La ripetizione del trauma nei sogni

La coazione a ripetere il trauma si esprime anche nei **sogni ripetuti**: essenzialmente sempre gli stessi, raccontano ogni volta la medesima storia di un **indigeribile orrore passato**.

I sogni si ripetono per mesi, anche anni, perché l'angoscia originata da un'esperienza traumatica è troppo intensa e massiccia per essere placata da un solo sogno o incubo.

Freud spiega i sogni angosciosi dei malati di nevrosi traumatica con un ripetere continuamente la situazione drammatica *«come se questa stesse dinanzi a loro quale compito attuale non sormontato»* (Freud S., 1915-17, pagg. 436-437).

Anche Ferenczi ritiene che nel sonno *«ci siano maggiori possibilità di un ritorno di impressioni sensoriali irrisolte, nascoste nel profondo, assai violente (...) che anelano ad una soluzione»* (Ferenczi S., 1934, pag.105).

Il sogno, in cui si ripetono gli eventi traumatici, ha infatti per questo Autore una **«funzione traumatolitica»** (Ibidem) nel suo compito di recuperare, attraverso i vissuti sensoriali, corporei, le tracce mestiche, i ricordi rimasti senza parole, imprigionati nel corpo.

«Se si riesce a collegare questa totale passività con la sensazione di poter vivere a fondo il trauma (...) si può giungere ad una nuova soluzione del trauma».
(Ferenczi S., 1934, pag.105)



I sogni di terrore che non possono essere ricordati sono tipici di bambini che, troppo piccoli al momento del trauma, non avendo acquisito sufficienti capacità linguistiche e elaborative, non possedevano ancora le parole per esprimere le loro emozioni ed esperienze, oppure avevano attivato difese come l'auto-ipnosi o l'auto-anestesia.

Tale impossibilità di attribuire un nome, di dare voce all'esperienza traumatica si riflette nell'impossibilità di ricordare i sogni, resta solo l'eco "incarnata" dell'angoscia vissuta. Soli segnali di questo tipo di sogno sono la paura di dormire da solo e al buio e le interruzioni del sonno (Terr L., 1979).

La fissità del trauma nel gioco

La tendenza a ripetere il trauma si evidenzia anche nel **gioco post-traumatico** che si differenzia da quello comune per la mancanza di libertà, facilità e flessibilità. Al contrario è sinistro e monotono e può *ripetersi ossessivamente senza cambiare, anche per anni*.

Uno dei primi esempi di gioco post-traumatico presenti nella letteratura psicoanalitica si ritrova durante il secondo conflitto mondiale (Freud A., Burlingham D., *"War and children"*, 1943): un bambino scampato a un bombardamento, per mesi aveva ripetuto il gioco di "bombardare" il suo letto con aeroplanini di carta.

Il gioco ripetitivo post-traumatico è lentissimo nel fronteggiare l'angoscia e, incapace di calmarla, può anzi anche aumentarla; rimane bloccato all'evento reale che lo ha ispirato e ogni tentativo di travestirlo metaforicamente fallisce, rivelando il vero materiale traumatico sottostante.

Il trauma si ripete alla lettera, non è trasferibile in metafora e il gioco è così letterale che è considerato probabilmente il miglior indizio per risalirvi (Terr L., 1990, pag. 248).

Precisando l'ipotesi di Ferenczi (1933) secondo cui la coazione a ripetere sarebbe un tentativo indefinito di dominare e integrare un evento traumatico non integrabile, *Françoise Sironi* (Docente di Psicologia geopolitica all'*Institut d'Études Politiques* di Parigi) afferma che la ripetizione traumatica «*sarebbe un instancabile tentativo di ricostruzione, da parte del paziente, della propria continuità tra quello che era prima e quello che è diventato*» (Sironi F., 1999, pag. 80-81).

La ripetizione avrebbe cioè l'obiettivo di superare la rottura e la discontinuità portate dal trauma, ricreando la continuità interrotta.

La coazione a ripetere il trauma individuata da Freud è confermata quindi dalla pratica clinica: esposizione compulsiva a situazioni che ricordano il trauma originario; sogni ripetuti per mesi e anni alla ricerca di ricordi rimasti senza parole, imprigionati nel corpo; monotoni e sinistri giochi post-traumatici che ripetono alla lettera il trauma, senza poterlo trasferire in metafora.

Il trauma è infatti **violenta rottura della continuità psichica**, che trasforma e annulla il tempo ostacolando il lavoro della memoria «*congelata come se non fosse soggetta ad un processo di ritrascrizione*» (Modell A.H., 1997, pag. 30).



"Ricordare, ripetere, elaborare": la clinica del trauma

Come intuito da Ferenczi, solo il **riesperire il trauma nella situazione psicoterapeutica** può **fermarne la ripetizione infinita**.

Nel setting e nella relazione terapeutica la ripetizione può far ritrovare antiche percezioni, ritrascrivendo i ricordi in un nuovo contesto, la memoria può stabilire un ponte tra esperienze attuali e passate.

Se lo Psicoterapeuta lascia gli ormeggi delle sue rassicuranti certezze, per entrare nell'area atemporale del trauma, può condividere e riconoscere i **fantasmi traumatici persecutori** che, come **corpi estranei**, sollecitano meccanismi espulsivi, annullando le funzioni trasformative del pensiero e della parola.

Il recupero del materiale traumatico impresso nel corpo e immagazzinato nella memoria implicita va oltre il processo associativo e interpretativo, ha bisogno del linguaggio analogico del corpo, dell'immagine, della metafora e del simbolo.

Se, sul modello freudiano della metafora archeologica, per un secolo l'obiettivo della Psicoanalisi è stato il recupero del ricordo, questo in realtà non è più considerato parte importante dell'azione terapeutica.

Oggi scopo della terapia è elaborare e modificare i vissuti impensati e impensabili della memoria traumatica implicita per **costruire ricordi espliciti, da reintegrare** nel contesto del passato personale, superando la paralizzante memoria coatta.

Per cui la clinica del trauma si articola nel "*ricordare, ripetere, elaborare*" e soprattutto **bonificare la memoria traumatica**.

Il setting terapeutico, "contenitore" protettivo, facilita l'elaborazione delle esperienze passate non assimilate e integrate, amplifica la possibilità di ritrovare antiche percezioni, **ritrascrivendo i ricordi in un nuovo contesto**.

Il materiale traumatico immagazzinato nella memoria implicita, non potendo essere ricordato, né verbalizzato, può solo essere rivissuto, riesperito, e riconosciuto.

La «catastrofe» (Ferenczi S., 1913) annulla il ricordo cosciente e deve essere ripetuta e riprodotta più volte nella relazione psicoterapeutica.

Pazienti gravemente traumatizzati da un dolore così insopportabile da non aver avuto accesso alla coscienza, da non essere stato rappresentabile con le parole, hanno bisogno che **il Terapeuta**, con tutto il suo "esserci", **condivida** insieme a loro, senza esserne distrutto, **la realtà della rottura lacerante**.

Se il trauma può essere riesperito nello spazio relazionale terapeutico, il ricordo imprigionato nel corpo, unico destinatario della memoria traumatica, ritrova la sua voce.

Il paziente riesce ad avvicinare le parole necessarie a pensare i vissuti impensati e impensabili e a elaborare la dinamica dell'esperienza, rivivendo il contesto traumatico, il terrore senza nome, la violenta rottura.



Conclusioni

Nel proporre una rilettura dei contributi di Sigmund Freud e di Sándor Ferenczi al trauma psichico, alla luce degli sviluppi più recenti entro la teoria psicoanalitica e le ricerche di Neuroscienze, in questo articolo ho rilevato innanzitutto le differenze tra i due autori.

Mentre il concetto di trauma in Freud si fonda su una base energetica, collegandosi soprattutto alla rappresentazione interna, al ruolo delle fantasie inconsce, Ferenczi pone l'accento sulla componente ambientale, quella delle prime relazioni, piuttosto che su quella intrapsichica.

Tale visione è confluita, dopo decenni, nella **crescente attenzione psicoanalitica** alle complesse interrelazioni **tra mondo esterno e interno nel trauma**, ai processi comunicativi emozionali e affettivi, nelle dinamiche anche familiari.

I dati provenienti dalle ricerche delle Neuroscienze tendono comunque a confermare le osservazioni sia freudiane che ferencziane riguardo alla memoria traumatica.

Freud, anticipando la moderna concezione dei processi di memoria, intuisce che il ricordo non è registrato una volta per tutte, ma è "tradotto" in diverse, successive iscrizioni nelle varie epoche di sviluppo, mostrando la possibilità della mente di riattualizzare il passato, di rivedere e ricreare a posteriori le memorie, in una sorta di "riscrittura" dei ricordi.

Rileva inoltre la non rappresentabilità verbale dei precoci ricordi traumatici nell'amnesia infantile.

Ferenczi coglie invece piuttosto il livello somatosensoriale a cui prevalentemente sono legate le esperienze infantili traumatiche. Le sue osservazioni sono vicine e analoghe a quelle recenti, relative ai disturbi post-traumatici, secondo cui un trauma altera le funzioni mnemoniche ippocampali e quindi la memoria dichiarativa, esplicita, impedendo la rappresentazione semantica dell'esperienza traumatica, ma non interferisce con le operazioni dell'amigdala, archivio della memoria implicita, emozionale, anzi le rafforza.

Nei traumi psichici infantili sono infatti **dominanti gli elementi pre-verbali e pre-simbolici, senso-percettivi, motori**, iconici, archiviati nella memoria implicita, ancorata al corpo, all'emozione, agli affetti delle prime relazioni. Più che il ricordo dell'esperienza traumatica, è trattenuto **lo stato fisico-emozionale** associato a esso.

Anche la coazione a ripetere il trauma individuata da Freud è confermata dalla pratica clinica attuale e solo il riesperire il trauma nella relazione terapeutica, come osservato da Ferenczi, può fermarne la ripetizione infinita.

L'azione terapeutica ha infatti lo scopo di **modificare i vissuti impensati e impensabili** della memoria traumatica implicita, **trasformandoli in ricordi espliciti**, verbali, **da reintegrare** nel contesto del passato personale.

Nel riferirmi ai contributi di Freud e Ferenczi ancora validi, secondo le ricerche di Neuroscienze, ho focalizzato solo alcuni aspetti del trauma infantile, processo complesso che impegna livelli psichici, neurobiologici e relazionali, provocando disturbi della mentalizzazione.



Nella dinamica del trauma, specie quello grave, è in gioco qualcosa di non rappresentabile e non accessibile al ricordo, qualcosa che rimane fuori dal tempo.

Ritengo che con i pazienti traumatizzati, spesso senza più speranza e fiducia d'incontrare una persona capace di contenerli, sia fondamentale l'aspetto relazionale e l'atteggiamento del Terapeuta che con partecipazione e comprensione empatica aiuti a ricostruire o meglio **"costruire" l'esperienza traumatica nella relazione terapeutica**, tessendo insieme una nuova trama.

Come già quasi un secolo fa ricordava Ferenczi, credo sia importantissimo che noi Terapeuti, lasciando da parte il nostro "sapere", le nostre interpretazioni, ci mettiamo con umiltà e quasi "maternamente" in ascolto del paziente, dei suoi movimenti affettivi profondi, confrontandoci con gli aspetti muti, non simbolizzati dei suoi vissuti terrificanti, per ripristinare lentamente percorsi evolutivi o svilupparne di alternativi.

Bibliografia

- Bower G.H., *Mood and memory*, in "Ann. Psychol.", 36, 1981, pagg. 129-148
- Breuer J., Freud S. (1892-95), *Studi sull'isteria*, in "Opere", Bollati Boringhieri, Torino, 1989, vol. 1
- Edelman G. (1989), *Il presente ricordato*, Rizzoli, Milano, 1991
- Edelman G. (1992), *Sulla materia della mente*, Adelphi, Milano, 1993
- Ferenczi S. (1920-1932), *Note e frammenti*, in "Opere", Cortina, Milano, 2002, vol. 4
- Ferenczi S. (1931), *Le analisi infantili sugli adulti*, in "Fondamenti di Psicoanalisi", Guaraldi, Rimini, 1974, vol. 3
- Ferenczi S. (1932 a), *Confusione delle lingue tra adulti e bambini*, in "Fondamenti di Psicoanalisi", Guaraldi, Rimini, 1974, vol. 3
- Ferenczi S. (1932 b), *Diario clinico*, Cortina, Milano, 1988
- Ferenczi S. (1934), *Riflessioni sul trauma*, in "Opere", Cortina, Milano, 2002, vol. 4
- Ferenczi S. (1916), *Due tipi di nevrosi di guerra*, in "Opere", Cortina, Milano, 1990, vol. 2
- Fonagy P., Sandler J., *Recovered memories of abuse: true or false?*, International Universities Press, Madison Connecticut, 1997
- Fonagy P., *Memory and therapeutic Action*, in "The International Journal of Psychoanalysis", 80, 1999, pagg. 215-223
- Freud S. (1892-97), *Minute teoriche per Wilhelm Fliess*, in "Opere", Bollati Boringhieri, Torino, 1989, vol. 2
- Freud S. (1896), *Etiologia dell'isteria*, in "Opere", Bollati Boringhieri, Torino, 1989, vol. 2
- Freud S. (1898), *Meccanismo psichico della dimenticanza*, in "Opere", Bollati Boringhieri, Torino, 1989, vol. 2
- Freud S. (1899), *Ricordi di copertura*, in "Opere", Bollati Boringhieri, Torino, 1989, vol. 2
- Freud S. (1905), *Tre saggi sulla teoria sessuale*, in "Opere", Bollati Boringhieri, Torino, 1989, vol. 4
- Freud S. (1914 a), *Ricordare, ripetere e rielaborare*, in "Opere", Bollati Boringhieri, Torino, 1989, vol. 7
- Freud S. (1914b), *Dalla storia di una nevrosi infantile*, in "Opere", Bollati Boringhieri, Torino, 1989, vol.



Luciana Morelli
Psicologo e Psicoterapeuta

Articolo scaricato da www.humantrainer.com

- Freud S. (1919), *Il perturbante*, in "Opere", Bollati Boringhieri, Torino, 1989
- Freud S. (1920), *Al di là del principio di piacere*, in "Opere", Bollati Boringhieri, Torino, 1989, vol. 9
- Kandel E. R., *Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited*, in "American Journal of Psychiatry", 156, 4, 1999, pagg. 505-524
- Khan M.M.R. (1974), *Il concetto di trauma cumulativo*, in "Lo spazio privato del Sé", Bollati Boringhieri, Torino, 1979
- Laplanche J., Pontalis J.-B. (1967), *"Enciclopedia della psicoanalisi"*, Laterza, Bari, 1995
- LeDoux J. (1996), *"Il cervello emotivo. Alle origini delle emozioni"*, Baldini & Castoldi, Milano, 1998
- Modell A.H., *L'interfaccia tra psicoanalisi e neurobiologia*, in "Psiche", 2, Borla, Roma, 1997, pagg. 27-37
- Neri C., *Campo e fantasie trans-generazionali*, in "Rivista di Psicoanalisi", XXXIX, 1993, pagg. 43-64
- Person S.E., Klar H. (1994), *Il trauma tra memorie e fantasie*, in Ammaniti M. e Stern D. (a cura di), "Fantasia e realtà nelle relazioni interpersonali", Laterza, Bari, 1995
- Sironi F. (1999), *"Persecutori e vittime"*, Feltrinelli, Milano, 2001
- Terr L. (1979), *Children of Chowchilla*, in "Psychoanalytic Study of the Child", 34, 1979, pagg. 547-623
- Terr L., *What happens to the memories of early trauma?*, in "Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry", 27, 1988, pagg. 96-104
- Terr L., *"Too scared to cry. Psychic trauma in Childhood"*, Basic Book, New York, 1990
- Terr L., *Childhood traumas: an outline and overview*, in "American Journal of Psychiatry", 148, 1, 1991, pagg. 10-20
- Terr L. (1994), *"Il pozzo della memoria"*, Garzanti, Milano, 1996
- Van der Kolk B., *"Psychological Trauma"*, American Psychiatric Press, Washington D.C., 1987
- Van der Kolk B. (1989 a), *Trauma and memory*, in "American Journal of Psychiatry", 146, 12, pagg. 1530-1540
- Van der Kolk B. (1989 b), *"Pierre Janet and the Breakdown of Adaptation in Psychological Trauma"*, in "American Journal of Psychiatry", 146, pagg. 1530-1539
- Van der Kolk B. (1989 c), *The Compulsion to Repeat the Trauma*, in "Psychiatric Clinics of North America", Vol. 12, nr. 2. pagg. 389-409

Altre letture su HT

- Falbo A., *"Trauma Cumulativo"*, articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika nr. 105, 2014
- Nissi C., *"Dall'evento traumatico al Disturbo Post Traumatico da Stress"*, articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika nr. 72, 2012
- Morelli L., *"Processi di memoria tra psicoanalisi e neuroscienze"*, articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika nr. 66, 2011