

## Una spiegazione della genesi del trauma nel quadro della Teoria del Protomentale

ANTONIO IMBASCIATI\*

Sul trauma è stato scritto un oceano di letteratura fin dalla nascita della psicoanalisi. E tuttora si scrive. In questo articolo, che nasce da un invito a partecipare a un panel del prossimo Congresso IPA a Rio, si rende pertanto necessaria un'estrema circoscrizione di quanto tratterò, in ordine al particolare quadro di riferimento. Poiché questo concerne la Teoria del Protomentale, da me elaborata in questi ultimi venticinque anni, il lettore mi dovrà perdonare gli autoriferimenti e la contenutezza dei riferimenti alla letteratura generale.

Lo studio del trauma psichico fu introdotto da Freud medesimo elaborando un concetto ereditato da Charcot. Tale concetto a sua volta era preso a prestito dalla medicina e dalla chirurgia. Non a caso molti autori anglosassoni usano il termine “injury”, che ben esprime il concetto: danno, o ferita, con conseguente compromissione, spesso permanente, della normale efficienza di una parte corporea, di un organo, di un apparato. Freud stesso ben espresse il concetto riferendosi ad una compromissione della funzionalità dell'apparato psichico. Su questa scia gli eventi “traumatici” sono stati considerati come una serie di stimoli che sovrasterebbe la normale capacità di elaborazione dell'apparato mentale, scompigliandolo nella sua “normalità”.

Com'è noto, Freud considerò alcune psicopatologie come prodotti, appunto, di un “trauma psichico”. Tale concetto ha avuto un enorme successo popolare, al punto, che, nel senso comune, la gente spesso pensa che qualunque psicopatologia possa essere ricondotta ad una *causa, che ha leso* la funzionalità del cervello, o comunque la normalità della psiche. Freud considerò, all'inizio, un evento di seduzione sessuale subita in età infantile, da parte di adulti, come all'origine di effetti traumatici.

\* via Celio, 2 – Milano 20148

Più tardi, dopo la storica data del 1897, egli considerò tali episodi come psichicamente costruiti e quindi diede importanza non tanto ad eventi reali, quanto ad eventi così come si configurano nella mente (nella memoria) del soggetto. Nota è la controversia con Ferenczi sulla rilevanza di fatti reali rispetto a eventi psichicamente strutturati (Bonfiglio, 1996, 1997). A tale controversia seguirono innumerevoli dibattiti (per esempio le tesi esposte da Balint, 1969), ed esemplificazioni cliniche sempre più fini, tuttora attuali.

Fatti reali e strutturazioni psichiche, più o meno correlate o correlabili, occupano, ancora ai giorni nostri, un notevole spazio della letteratura psicoanalitica: la loro correlabilità è oggetto delle più svariate descrizioni cliniche e delle spiegazioni teoriche, circa i meccanismi psichici, o i processi, che vi intercorrono. Quanto all'evento "sessuale", ancor oggi si constata la ricorrenza di abusi sessuali infantili in pazienti considerati "traumatici", mentre altri eventi non sessuali, in particolare separazioni e lutti, si sono rivelati potenziali fattori (per alcuni "cause") di trauma psichico; in età infantile o anche adulta. In particolare vengono considerati eventi violenti, subiti impotentemente, come per esempio torture, persecuzioni, guerre, cataclismi.

Scontato oggi il fatto che, pur considerando eventi reali storici, il trauma è dato da come questo si è configurato nella struttura psichica del singolo soggetto, la summenzionata discussione su come considerare l'evento storico, da un lato, e la struttura psichica del soggetto che lo elabora, dall'altro, con la conseguente organizzazione mentale che ne deriva, è tutt'altro che spenta. Si susseguono dibattiti ed interpretazioni sui processi psichici intercorsi, ora in termini di difese, ora in termini di relazioni oggettuali, ora in termini di produzione di pensiero; inteso questo in termini bioniani.

In particolare si è fatto strada il concetto (Kris, 1956), per la prima volta teorizzato da Khan (1963), di "trauma cumulativo": eventi o serie di eventi, reali e storici, ognuno di per sé irrilevante, ripetuti, acquistano retrospettivamente una rilevanza traumatica. In questa "retrospettiva" si è invocato il concetto freudiano di *nachträglichkeit*. Quanto alla natura di tali eventi, più che il loro variabile contenuto, se ne sottolinea il contesto interpersonale: prima infanzia e rapporto affettivo intimo e intenso con un adulto. E pertanto si sottolinea il significato che determinati

eventi assumono per quel soggetto. Le teorie oggettuali o comunque relazionali hanno ampiamente elaborato il concetto contestuale. Modell (1984) ne parlò come di un disturbo della comunicazione affettiva del bimbo con le figure genitoriali. Su questa scia si è indagato sui traumi prenatali (Maiello, 1988) e comunque della prima infanzia (Vallino, 2002); nonché di un “circolo vizioso” tra trauma inteso come fatto storico e il “fantasma”, che di nuovo riporta al trauma o ai nuovi traumi (Giaconia, Racalbutto, 1997).

Il percorso della ricerca psicoanalitica sul trauma è dunque lungo e vasto, fino ai giorni nostri e tuttora variegato (Garland, 1998). Ci si può allora chiedere il perché. Perché, dopo tanta e ormai secolare letteratura, ancor oggi ci s’interroga sul trauma?

Lasciando per ora in sospeso l’interrogativo, notiamo come il ricorrente rilievo clinico nei pazienti considerati traumatici sia il non poter ricordare. Si è parlato di oblio traumatico, a cominciare da Freud: il dibattito procede dal rilievo clinico ricorrente nei pazienti considerati traumatici, e cioè dalla loro difficoltà, in analisi, di ricordare con precisioni eventi della loro storia, di cui essi hanno vaga memoria e soprattutto dalla difficoltà, da parte di analista e paziente, di ricostruire e vivere affetti di cui si presume l’esistenza, passata nella storia, che quindi dovrebbe essere presente nel transfert. Si è parlato del ricorrente riscontro di “vuoti” nella struttura mentale, di incapacità del paziente di vivere o rivivere certe situazioni, di patologia da deficit, più che da conflitto. Più finemente, progredendo l’equipaggiamento degli analisti, lungo gli sviluppi dell’opera di Bion, si è riscontrato un difetto di rappresentazioni, o meglio di rappresentabilità di *eventi* interiori, che possono essere soltanto inferiti, e intorno ai quali si intuisce un’area psichica (o che psichica dovrebbe essere) poco decifrabile; sembra che una parte della struttura psichica, non solo non sia traducibile in una descrizione verbale (interpretazione), ma non sia nemmeno presente o comunque rappresentabile in alcun modo, nella mente del paziente ed anche in quella dell’analista; una zona buia, un “buco nero”, inferibile ma non esplorabile, o per lo meno difficilmente esplorabile.

Sulla scorta della teoresi bioniana sulla genesi del pensiero, nella diacronia infantile e nella sincronia della mentalizzazione ognora in opera nell’adulto, si sono considerati i processi mentali più arcaici, non solo

ineffabili (nell'etimo: non verbalizzabili), ma anche non ancora "mentali", o "antimentali", e si è considerato il processo di simbolizzazione (Imbasciati, 1998; 2001c; 2002c; 2003a), in particolare la capacità di tollerare il dolore mentale per entrare nella posizione depressiva matrice di pensiero. Il cosiddetto trauma sembra pertanto caratterizzato da un difetto di simbolizzazione.

Una delle ragioni che produce ancor oggi, dopo un secolo, un folto e variegato dibattito sui pazienti "traumatici", sembra consistere nel problema del rapporto tra i fatti storici considerati traumatici e la sindrome che si può riscontrare in alcuni pazienti: perché, a parità di eventi storico-anamnestici, anche salienti, alcuni vengono "traumatizzati" ed altri attraversano vicissitudini sconvolgenti rimanendo integri? La maggior parte della letteratura psicoanalitica sembra infatti vertere sull'indagine dei processi interiori che collegano il trauma "storico" alla psicopatologia o, in qualche caso, su quelli che permettano di superare gli eventi traumatici. Tale indagine però deve fronteggiare la pluralità dei modelli teorico-clinici usati dagli psicoanalisti, e una certa "confusione delle lingue", che talora rivela confusione di concetti; o per lo meno una commistione, che produce il protrarsi di differenziazioni e di conseguenti dibattiti. Occorrerebbe allora che gli psicoanalisti potessero chiarire molti dei termini e dei concetti usati, ed oltretutto convenire su quali possano essere i criteri di base con cui definire "traumatici" certi pazienti.

\* \* \* \* \*

Un recente articolo comparso sull'*International Journal of Psychoanalysis* (Tutté, 2004) sembra fare il punto della situazione attuale sul concetto di trauma, tentando un raffronto della psicoanalisi con le neuroscienze ed in particolare con la psichiatria. Il lavoro si presta ad alcune mie considerazioni.

Il "concetto" di trauma viene desunto da ciò che si evince dalla clinica: questa, viene però descritta tramite altri concetti e questi a loro volta risentono dei vari modelli teorici che la psicoanalisi, nel passato come nell'attuale, ha sviluppato. Il concetto di trauma viene così ad essere volta a volta impregnato di differenti modelli teorici, e spesso an-

che di una diversa teoria generale del funzionamento mentale<sup>1</sup>. In quest'ultimo inquadramento regna spesso la confusione, o per lo meno la commistione, tra descrizione e spiegazione. Occorrerebbe, allora, che preliminarmente ad ogni trattazione del tema l'autore esplicitasse a quale teoria, o modello teorico, egli riferisce i concetti delle cui parole egli si serve per comunicare ai colleghi ciò che ha osservato nella clinica, ciò che ha inferito, ciò che ha cercato di descrivere e infine ciò che ha cercato di spiegare. Richiamo al proposito la distinzione tra descrizione e spiegazione (Imbasciati, 1994), molto spesso tra di loro confuse in ambito psicoanalitico.

Tutté (2004) si sforza inoltre di recuperare in termini psicoanalitici la nosografia psichiatrica. Sforzo lodevole, a mio avviso, da un punto di vista epidemiologico, se non demografico, ma che però non si concilia, a mio avviso, con una psichiatria che voglia essere davvero una "iatria" della "psiche" e non una semplice cura sintomatica. Ritengo infatti che l'approccio nosografico vada bene in medicina (e in chirurgia), ovvero laddove si tratta di malattie (anziché di sindromi) delle quali si conosce la causa specifica, ma non possa essere trasferito allo psichico, pena il passare da una psicologia del patologico ad una mera patologia (sintomatica) dello psichico (Imbasciati, Margiotta 2004, capp. 4 e 6). Se la nosografia può essere una parte della psichiatria, non può esserlo della psicologia.

In quest'ultima prospettiva può essere qui espressa una terza considerazione. Tutté riconduce il trauma ad una strutturazione delle memorie riguardanti eventi emotivi altamente significativi, e si richiama al concetto di "memoria implicita", contrapposto a quello di memoria dichiarativa, recuperando il concetto di retroazione, sottolineato da Laplanche e Pontalis (1973), che a loro volta riprendono la *nachträglichkeit* freudiana. Questi lodevoli richiami agli effetti del presente sul passato non appaiono però adeguatamente collegati agli attuali e molto più dettagliati studi sulla memoria (e sull'apprendimento) da parte delle varie scuole di psicologia sperimentali. L'effetto traumatico di avvenimen-

---

<sup>1</sup> Mi richiamo qui all'esistenza, spesso misconosciuta in psicoanalisi, di differenti metapsicologie (Imbasciati 2001 b, c, 2002 a, b, c, d, 2003 a, c, 2004 b, 2005 a, b, c).

ti reali accaduti in età adulta viene spiegato come effetto retroattivo sulla memoria: per esempio l'iscrizione non solo di nuove tracce, ma una reiscrizione di tracce arcaiche, che spiegherebbero lo stato emotivo del traumatizzato. Da alcuni concetti e termini usati –iscrizione, reiscrizione o altri– appare una inadeguatezza del quadro generale che le scienze psicologiche (non quelle psichiatriche!) oggi danno della memoria: per nessun tipo di memoria, tranne quella dichiarativa a brevissimo termine, si può a rigore parlare di iscrizione; ed anche per questa meglio sarebbe parlare di momentanea presenza, anziché di iscrizione. Tale ultimo termine reca in sé un alone semantico di stabilità, che non si addice affatto alla memoria; esso è erede della vecchia concezione di una memoria rispecchiante la realtà, e che la registra in modo fedele. Al contrario tutto il patrimonio mnestico, variamente classificato (L.T.M., S.T.M., memoria procedurale, memoria implicita, memoria dichiarativa, di riconoscimento, di rievocazione, di lavoro, episodica, semantica, spaziale, motoria, di affetti, il “conosciuto non pensato”<sup>2</sup>, e così via) non è una iscrizione, ma un “elaboratore continuo”, che continuamente trasforma ciò che viene man mano codificato e recepito e che inoltre viene integrato (quasi “mescolato”) con ciò che prima era organizzato (Imbasciati, Margiotta, 2004 capp. 2.9, 2.10, 2.11, 2.12, 2.14).

Il patrimonio mnestico del passato condiziona ciò che viene nel presente codificato e questo a sua volta quello: anzi, il patrimonio mnestico in ogni istante posseduto condiziona ed è condizionato da ciò che viene e verrà acquisito. Ed anche in assenza di qualunque input dall'esterno il patrimonio mnestico continuamente si modifica, in quanto la continua attività di elaborazione, esplicita nel sistema mentale (cervello, anche nel sonno), lo modifica; il pensiero, potremmo dire con un termine bioniano, modifica la memoria. Ne si potrebbe a rigore usare il termine “patrimonio”, in quanto esso comporta un alone semantico statico. Memoria è concetto essenzialmente dinamico. È sostanzialmente inconscio (Imbasciati 2001 a, c, 2002 a, b, d, e, f, 2004 b, 2005 a, b, c). Né si potrebbe a rigore parlare di “ricordo”: il ricordo è solo una codifica co-

<sup>2</sup> Uso il termine e il concetto di Bollas (1987) riferendolo qui alle relative tracce mnestiche.

sciente e momentanea nel presente (o forse del presente) di quanto al soggetto appare circa avvenimenti che egli reputa passati. Né c'è ricordo veridico, piuttosto che ricordo falso: ogni ricordo è un prodotto psichico del presente. Sappiamo inoltre che "ricordo" dovrebbe essere riferito soltanto al sistema (mentale) della memoria dichiarativa, mentre non può essere attribuito alla memoria implicita: questa non può produrre ricordi (Fonagy, 1999). Non ha senso pertanto parlare della possibilità o impossibilità che "tracce arcaiche" siano recuperate alla coscienza. Esse esistono, ma possono essere solo inferite: nel comportamento relazionale. Si tratta di processi neurali-mentali arcaici, ognora compresenti nella continua attività del sistema mentale. In questo quadro il concetto di rimozione non è più utile (Imbasciati, 2001 d, 2005 a, b, c).

Il concetto di trauma va allora ridimensionato nei termini di un particolare modo di funzionamento della mente concernente il trattamento di alcune informazioni, nel quadro, però, di tutte le informazioni recepite, nel passato e nel presente: dall'esterno codificate nei modi interni di quel singolo, e dall'interno autoprodotte ("pensiero" di quel singolo). In questo modo di concepire il funzionamento mentale va inquadrato il poliedrico concetto di memoria, ed in questo quello di trauma.

Veniamo qui all'ultimo rilievo che mi preme esporre, per inquadrare il pluriennale e multiforme dibattito psicoanalitico sul trauma. Sotteso alle trattazioni di quasi tutti gli autori c'è l'assunto (implicito) che la mente abbia un funzionamento "normale" per natura, ovvero per lo sviluppo neurobiologico predisposto dal patrimonio genico dell'*homo sapiens*, e che il trauma, e con esso altre "patologie", sia da intendersi come dovuto ad una qualche causa che tale sviluppo abbia turbato. Se tale concezione era perfettamente giustificata all'epoca di Freud, oggi non lo è più affatto. Non esiste un funzionamento mentale normale per biologia e per genetica: esiste solo un cervello normale per macromorfologia e per numero di neuroni: ma le loro connessioni, la micromorfologia, e quindi la fisiologia intesa come funzionamento della globalità di questo apparato organico, sono determinati dall'esperienza: è questa, o meglio quanto da questa si genera nel cervello, che determina il tipo di funzionamento di quel qualcosa cui può darsi il nome di "apparato mentale". Il termine apparato si addice solo ad una aggettivazione biologica, macromorfologica, ma non ad una psicofisiologica, che aggettiviamo con "mentale".

Parlare di apparato mentale normale è pertanto fuorviante: porta a pensare che il funzionamento della mente abbia una sua normalità, intesa così come si intende la norma biologico-genetica, e non una normalità come media statistica rispetto ai più svariati tipi di funzionamento singolarmente acquisiti dai singoli soggetti di una popolazione. Questo equivoco porta di conseguenza a pensare che, quando in funzionamento è deviante più di tanto dalla media, qualche *causa* abbia *turbato* il presunto normale sviluppo.

Al contrario ogni mente –struttura mentale, non apparato!– è determinata, anzi costruita, in base all’esperienza del singolo, o meglio da quanto quelle iniziali formazioni strutturali mentali di quel singolo gli hanno permesso di apprendere dall’esperienza e successivamente strutturare una progressiva sua peculiare struttura funzionale, che a quel singolo permetterà di apprendere, nel suo modo singolare, dall’esperienza (Imbasciati, 1998, 2001 c, d, 2002 b, 2003 a, b, c; 2005 a, b, c) (Imbasciati, Margiotta 2004). Non ha senso pertanto cercare la causa, o le cause, cui attribuire la determinazione di una devianza statistica. Ogni singolo avrà, semmai, le *sue cause* (al plurale), intese come infinita rete di circostanze, relazionali e quindi esperienziali, attraverso le quali si è venuto a *costruire* il suo peculiare modo di funzionamento mentale. In questo quadro il concetto di trauma, così come è stato inteso, o meglio frainteso, rivela la sua origine spuria: la derivazione dalla medicina e dalla chirurgia, e l’improprio trasferimento allo psichico di un concetto che ha senso solo biologico-genetico, e non esperienziale e pertanto psichico. La parola “trauma” dovrebbe allora, a mio avviso, essere cassata dal lessico delle scienze psicologiche.

L’improprio trasferimento di concetti e termini dall’ambito medicobiologico a quello psichico ha causato un gran numero di equivoci, ed ha rallentato le ricerche, insabbiandole nella confusione (Turchi, Perno 2002): questo non solo per ciò che riguarda il “trauma”.

Al centro di tali equivoci c’è il concetto di malattia e quello di diagnosi, anch’essi impropriamente trasferiti dalla medicina alla psicologia (Imbasciati, Margiotta 2004, cap. 6). Sono dell’opinione che il permanere del termine “trauma” nell’ambito psicoanalitico, col suo alone semantico fuorviante, sia una delle cause dell’affannoso e ormai secolare dibattito sulle caratteristiche psichiche di pazienti da considerare “traumati-

ci". Questo non significa che caratteristiche via via attribuite al "traumatico" non esistano, né significa che non si possano raccogliere in una descrizione relativamente omogenea i concetti psicoanalitici che più si prestano a comunicare quello che più ricorrentemente gli analisti hanno avvertito in certi pazienti: dobbiamo però tenere presente che avremo una categorizzazione sindromica, e non diagnostica, con le relative considerazioni circa la terapia. Per far questo, mi pare però che ci manchino una concettualizzazione ed una terminologia sufficientemente univoche per individuare un certo tipo (ricordando che il tipo, in psicologia, non è una categoria, bensì un prototipo) di pazienti: ai quali però non mi sembra opportuno attribuire l'etichetta di "traumatici". Occorre, semmai, trovarne un'altra, che descriva, con termini e concetti il meno in equivoci, ciò che gli analisti van riscontrando. Occorre inoltre individuare da quale punto, da quale criterio, partire, per addivenire ad una tale descrizione.

Se si riscontrano difetti di simbolizzazione, occorre specificare cosa si intenda con simbolo e simbolizzazione e così pure, parlando di rappresentabilità, occorre chiarire il concetto di rappresentazione (Imbasciati, 2001 a). A maggior ragione per altri termini e concetti, quali "vuoto", "buco nero", "spazio mentale", o altro. Così pure, se si riscontrano processi psichici, o meglio "eventi", non ancora mentali o mentalizzabili, forse omologabili a quelli dei primi giorni di vita o allo psichismo fetale<sup>3</sup>, dovremo convenire sui relativi concetti e termini da usare. Molti concetti e termini, usati in psicoanalisi, sono creduti univoci, mentre poi, sentendo i rapporti di altri autori, ci si accorge che hanno sfumature semantiche diverse. In tal modo ogni descrizione ci appare nuova, e arricchente: ma è proprio così, oppure il fatto dipende dalla molteplicità delle lingue? Non è proprio possibile in psicoanalisi raggiungere un vocabolario preciso come quello di altre scienze della mente?

Se si usano termini che hanno differenti, seppur tra di loro sfumate, accezioni, o se si usano concetti impregnati di differenti teorie, senza che

---

<sup>3</sup> Tali eventi, o prodotti mentali (prementali? Protomentali?), considerabili alla base delle costruende strutture mentali, potrebbero aprire nuove strade per chiarire i fenomeni di trasmissione transgenerazionale, soprattutto a generazioni alterne senza diretto contatto, che tanto oggi interessano gli psicoanalisti (Imbasciati, 2004 a, c).

queste siano esplicitate, oppure ancora se si confonde una descrizione clinica con una presunta spiegazione, oltretutto con suddetti concetti e termini, è ovvio che si apre uno spazio a infinite e tra di loro differenti esposizioni delle “caratteristiche del trauma”. Per addivenire ad una delimitazione, o per lo meno focalizzazione di un certo prototipo di paziente, occorre inoltre identificarne il criterio di base: riteniamo idoneo il criterio anamnesticò? Ecco balzare in primo piano gli eventi storici reali, i maltrattamenti subiti, gli abusi, e via dicendo. Riteniamo invece idoneo il criterio dei meccanismi psichici intercorsi? Qui però entra in giuoco la teoria: quale teoria? I tradizionali meccanismi di difesa? La descrizione del mondo interno in termini neokleiniani? La teoria bioniana della mentalizzazione? Oppure mettiamo al centro l’impatto del paziente sull’analista; o ancora, la capacità del paziente di attraversare certi stati emotivi, o di vivere eventuali interpretazioni: di conseguenza lavoreremo in quadri diversi con differenti concetti e termini.

Al di sotto di questa possibile molteplicità di criteri sta spesso una confusione tra il piano clinico, essenzialmente *descrittivo*, e un tentativo, invece *esplicativo*. Di quasi tutte le descrizioni si cerca di interrogarsi sulle “cause”. Abbiamo però detto che il concetto di causa va molto ridimensionato. Eppure una “spiegazione” implica una causalità: che in termini possiamo allora in psicoanalisi individuare una spiegazione? Spesso si ritiene di spiegare individuando certi meccanismi di difesa: questi però sono modelli teorici che ci aiutano a comprendere *come* si siano generate le situazioni cliniche che andiamo sperando, ma non ci dicono molto sul *perché* essi abbiano avuto luogo. Ricordiamo che la *descrizione* riguarda “il come”: solo una effettiva *spiegazione* ci dice “il perché” (Imbasciati 1994, 1998). Così pure possiamo ritenere spiegazione un deficit di mentalizzazione in relazione a una incerta capacità di funzionamento depressivo, ma ci rimane da spiegare perché esso sia accaduto. Possiamo risalire a una carente relazione col care-giver, e questo ci rimanda a fatti anamnestici, o ai rapporti oggettuali primari, ma tutto ciò veramente spiega il perché?

Ed ancora, abbiamo parlato di memoria: ma in che termini la considereremmo come chiave esplicativa? In che modo affronteremmo la continua dinamica trasformazione ed elaborazione mnestica? Considerarla in termini clinici, cioè del “ricordato”, è del tutto fallace, e comunque il de-

scriverla ci confronta con la vaghezza delle “memorie” affioranti. Né potremmo parlarne in termini di trasformazioni biochimico-molecolari: forse questo costituirebbe spiegazione, ma usciremmo dall’ambito della psicoanalisi ed anche da quello della intera psicologia. Occorrerebbe allora parlare di memoria in termini esclusivamente psicologici.

Il problema sta nel fatto che gli analisti operano sul piano clinico e questo comporta un’esperienza emotiva diretta dell’analista, che gli dà comprensione, ma che, per comunicare ai colleghi tale comprensione, necessita di concetti, e modelli teorici: questi cercano di descrivere (a parte la loro polisemia), ma non spiegano. Per una spiegazione occorrerebbe una teoria generale su come si formi progressivamente (lungo al vita dell’individuo iniziando dai suoi embrionali primordi) la struttura funzionale che chiamiamo mente e che come questa si formi in relazione all’esperienza del singolo e a come questi la elabora. Freud ci provò, con la sua Metapsicologia energetico-pulsionale, ma la sua spiegazione non può più oggi essere condivisa (Imbasciati, 1994, 1998, 2001 d, 2002 b, e). Altre metapsicologie sembrano sottintese (per esempio in Bion), ma non sono state dettagliate a sufficienza, a mio avviso, per una “spiegazione”.

In conclusione, se vogliamo focalizzare un prototipo di paziente da ricondurre a quanto finora detto “traumatico”, senza incorrere nelle polisemie di concetti non univoci, o impropriamente trasposti dalla medicina alla psicologia, e nella insufficiente distinzione tra clinica e teoria, descrizione e spiegazione, all’origine, come indicato, di ormai secolari dibattiti sul trauma, occorrerebbero molti, forse troppi, chiarimenti. E occorrerebbe una teoria “forte”. Nell’attuale poliedricità del panorama psicoanalitico, si impongono allora delle scelte. È questo ciò che tento nel presente lavoro.

\* \* \* \* \*

Un comune denominatore delle attuali descrizioni cliniche della maggior parte degli autori che si sono occupati di “trauma”, concerne la irrapresentabilità, totale o parziale, di eventi psichici che occorsero nella mente lungo le vicende del passato di una persona e che nella mente permangono (gli eventi psichici, non le vicende) a costituire una sorta di

vuoto, un deficit di quanto ci si sarebbe aspettato in termini di struttura mentale, sul quale la coppia analitica ha enormi difficoltà a lavorare. Il presente lavoro intende proporre una *spiegazione* per la caratteristica *descrizione* sulla quale si sono appuntati molti autori. La proposta viene collocata ed attuata nel quadro di una particolare teoria, da me elaborata da oltre vent'anni lungo una serie di opere (articoli e volumi), che offre una spiegazione in termini psicofisiologici, semantico-mnestici, delle origini della struttura funzionale della mente, cioè della sua costruzione a partire dalla vita fetale, e del funzionamento generale della mente lungo la rimanente vita dell'individuo. Tale teoria fu da me denominata (1979) *Teoria del Protomentale* e trovò la sua prima esposizione nel volume uscito nel 1981 ed intitolato, appunto, *Il Protomentale* (Imbasciati, Calorio, 1981). Alla base di tale teoria il criterio scelto per la spiegazione concerne l'apprendimento e la memoria, considerando la formazione di progressive tracce mnestiche di funzioni, che progressivamente costituiranno la struttura funzionale globale che può essere denominata "mente".

Devo qui accennare ad alcuni capisaldi della mia teoria: non posso qui farlo se non in termini estremamente sommari, rimandando alle mie opere per una maggior comprensione.

La mente viene concepita come la progressiva costruzione di un sistema informatico, in grado di utilizzare molteplici input, di elaborarli e di autocostruirsi progressive capacità operative, nonché di produrre esso stesso "prodotti", interni, riutilizzabili al pari degli input esterni. Il valore esplicativo della teoria consiste nella organizzazione, elaborazione, costruzione e trasformazione delle tracce mnestiche, e quindi dei rispettivi significati in tali significanti veicolati; costruendo una struttura semantico-mnestica estremamente individuale, irripetibile per ogni singolo, a seconda delle vicissitudini ambientali e relazionali che gli avranno, lungo tutta la sua vita a cominciare dall'epoca fetale, offerto input differenti. La spiegazione che qui propongo per il cosiddetto trauma viene esposta in termini di una non ottimale organizzazione delle tracce mnestiche, lungo il percorso della vita di un individuo, e della loro non ottimale progressione per la "lettura" dell'interiorità.

Inizierò da quest'ultimo termine: lettura. A cominciare dalla vita fetale gli stimoli suscettibili di innescare i recettori sensoriali via via ma-

turati generano afferenze all'incipiente S.N.C. Perché esse vi lascino in qualche modo una qualche traccia, è necessario che entro il sistema nervoso si siano organizzate connessioni neurali in grado di riconoscere –leggere– alcuni insiemi di afferenze come aventi un qualche significato: in tal modo una lettura dà inizio ad una forma di memoria. Il significato, e quindi la “lettura” di certi “insiemi afferenziali”, non corrisponde affatto a nessun oggetto reale o significato realistico: non si tratta di riconoscere insiemi afferenziali appartenenti a oggetti reali; a questo si giungerà laboriosamente soltanto alla fine del secondo anno di vita; all'inizio la lettura avviene per insiemi di afferenze del tutto eterogenee tra di loro, provenienti dalle sensorialità più disparate, esterne e interne corporee, tra di loro mescolate in modo assurdo rispetto ad una “percezione” in senso proprio. Si formano in tal modo i primi “engrammi”, con cui l'incipiente sistema informatico che si viene a costruire inizia a processare –il termine è nell'accezione delle scuole cognitive– l'informazione. Gli engrammi sono i significanti, psicofisiologici, costituiti, verosimilmente, da connessioni neurali, veicolanti altrettanti significati, psicologici.

Essi sono dapprima semplici, ed assurdi rispetto a qualunque significato in senso adulto, ma servono al lavoro del sistema. Progressivamente più complessi, servono da traccia mnestica di corrispondenti operazioni che il sistema diventa in grado di fare: engrammi quindi che riguardano “oggetti”, sia pur difformi da qualunque oggetto reale, ovvero “contenuti” mentali, e engrammi di “funzioni”. Con gli uni e gli altri il sistema può costruire ulteriori e più complessi engrammi, processando sia gli input che i propri contenuti con una operatività sempre più articolata, assemblando in modo diverso gli insiemi afferenziali e quindi costituendo nuovi engrammi, cioè nuove tracce per nuovi possibili capacità operative. Queste a loro volta avranno la loro traccia. Gli engrammi in tal modo costituiscono sia la traccia mnestica che serve a dare significato a qualcosa che rappresenta un “oggetto”, del tutto difforme da effettivi oggetti reali, ma piuttosto raffrontabile con le descrizioni psicoanalitiche degli oggetti interni, sia la traccia per “operare” (traccia di funzioni) in modo sempre più differentemente articolato sulle afferenze recepite. In tal modo ogni engramma costruito consente la successiva e progressiva costruzione di ulteriori engrammi. Le afferenze pertanto vengono elabo-

rate, dapprima dando origine ad immagini allucinatorie e poi, via via, lungo un continuum a percezioni di una qualche corrispondenza con oggetti reali. Le une e le altre meritano il nome di rappresentazione, anche se le prime non rappresentano nulla di reale, eppure qualcosa che è rappresentazione necessaria all'operare del sistema.

A questo progressivo e sempre più articolato aggregarsi di tracce, significanti di un qualche significato che il sistema conferisce a (=“legge” in) insiemi afferenziali provenienti dall'esterno, ben presto si mescolano i significanti, ovvero le tracce, prodotte dal sistema stesso: ovvero, appena il sistema raggiunge un certo grado di operatività, è in grado di produrre, esso stesso, nuovi significanti; si tratta di un prodotto interiore, raffrontabile con quanto successivamente sarà la produzione di “pensieri”. All'inizio tali “prodotti” sono mescolati con gli input esterni: l'interiorità –per usare un termine che avrà senso a stadi più evoluti– è mescolata a un'attività protoperceptiva; con il risultato di una significazione alquanto bizzarra, rispetto all'adulto, fisiologica invece nel neonato. Su questo tipo di operatività si costruiscono le tracce di quella operatività che chiamiamo affetti.

Il sistema mnestico-rappresentazionale progredisce in una sua costruzione, sempre più articolata, producendo una progressiva simbolizzazione e con questa costruendo ulteriori capacità simbolopoietiche. In questi termini viene concepito l'inconscio (Imbasciati, 2001 d). Tale progressione permette una lettura sempre più articolata, lungo la quale il sistema diventerà man mano in grado di leggere realisticamente ciò che gli input sensoriali gli offrono (dunque di percepire, in senso proprio) e di distinguere questi (percezione di oggetti) dai propri prodotti interni: in altri termini distinguere l'esterno e l'interno, il “dentro” e il “fuori”, e nel “dentro” distinguere quel che proviene dal corpo da quello che sempre più viene prodotto dalla mente, la percezione dall'immaginazione, la realtà dei propri pensieri.

La Teoria del Protomentale descrive pertanto la costruzione di un sistema informatico costituito da una progressiva rete di catene di significanti e di capacità di ulteriore simbolopoiesi, ogni livello della quale dipende dai precedenti e condiziona i susseguenti: la spiegazione di tale descrizione rimanda a quanto sappiamo (da altre scienze della mente) sull'apprendimento, la memoria e la proliferazione sinaptica neuronale.

In particolare si inquadra la memoria nella continua attività di elaborazione di sempre nuove tracce, dove quelle più antiche condizionano la strutturazione delle nuove e queste quelle; dove ogni livello di operatività, anche i più antichi, permane potenzialmente al di sotto delle operatività più evolute. Viene così spiegato il permanere dell'affettività anche la più primitiva (e comunque inconscia) sotto ed entro ogni operatività di tipo cognitivo, considerando di questa la gran massa di processazioni che avvengono a livello del tutto inconsapevole. Si opera un raffronto di tale concezione con la griglia di Bion. Per ciò che concerne l'apprendimento, ovvero la possibilità di conferire significati e di mantenerli entro il sistema, la teoria sottolinea l'indispensabilità della relazione: la qualità della relazionalità viene tradotta in termini informatici, come possibilità, maggiore o minore, continua piuttosto che discontinua, che i care-giver hanno di offrire gestalt comunicazionali in grado di favorire (o sfavorire) la formazione di nuovi engrammi; nel bimbo e analogamente nei rapporti affettivi tra gli adulti. Tale possibilità è in relazione alle circostanze ambientali, ma soprattutto alle capacità inconscie dei care-givers. Il che vuol dire struttura affettiva.

Accanto ad una sempre più fine e realistico capacità di lettura della realtà esterna, si sviluppa anche una capacità di leggere quella interna: non solo distinguerla sufficientemente dalla prima, ma anche leggervi dentro differenziatamente. E questa la capacità riflessiva, in altri termini illustrata da lavori di Fonagy (Fonagy, 2001; Fonagy, Target 1997, 2001). Il suo contrario è rappresentato dalla dimensione alessitimica. Nella mia teorizzazione la capacità riflessiva è in relazione col concetto di "permeabilità intrapsichica" e questo viene spiegato dalla continuità, piuttosto che dalla discontinuità, della costruzione dei progressivi significanti nella rete simbolopoietica.

La progressiva costruzione della struttura mentale non è data soltanto da progressioni costruttive, ma anche dalla presenza di una operatività contraria, distruttiva della simbolopoiesi e della armonica continuità della costruzione dei progressivi engrammi l'uno dall'altro. Tale processazione inversa è stata da me denominata "autotomia", in quanto il costruendo sistema, non solo può autocostruirsi, ma anche autocancellarsi, tagliandosi via (tomia= tagliare) engrammi sui quali sarebbero state possibili ulteriori costruzioni. Quest'attività è particolarmente intensa ai pri-

mi degli otto livelli di operazioni protomentale da me descritti: peculiare in epoca neonatale, permane anche durante tutto l'ulteriore sviluppo. Questa processazione autotomica è raffrontabile con l'attività antimentale descritta da Bion, e la sua alternanza dialettica coi processi costruttivi viene raffrontata con l'oscillazione PSD. La spiegazione viene ipotizzata nella cancellazione di protoengrammi suscettibili di ulteriori costruzioni, ovvero di tracce, e verosimilmente connessioni neurali, che sarebbero stati in grado di fornire la mente di nuove possibilità funzionali. La memoria si costruisce e si trasforma: e può autodistruggersi. Viene in questi termini descritto un metabolismo dello sviluppo della struttura mentale, con un suo anabolismo e un suo catabolismo, dei quali non è difficile configurare il corrispettivo neurale.

Ovviamente tutto quanto sopra descritto avviene ben al di sotto della consapevolezza: tutte le processazioni e la processualità della mente sono sostanzialmente inconsapevoli. Anzi l'originaria concezione dell'inconscio, che fu costituita sulla scorta della domanda di Freud "perché l'inconscio?", viene ribaltata: la mente è essenzialmente inconscia; occorre semmai spiegare perché in essa compaia quella dimensione che chiamiamo coscienza (Imbasciati 2001, e).

L'emergere delle capacità di una qualche coscienza, con tutta la sua fallacia (vedi la fallacia del ricordo rispetto alle memorie) è epifenomeno di un'operatività mentale complessa, ancora da indagare, certamente connessa alla struttura costruita, ma anche alle processazioni del momento interpersonale in cui si verifica, e comunque non è fenomeno dicotomico: v'è tutto un continuum di processi, anzi di processazioni, lungo le quali volta volta può verificarsi *un qualche* fenomeno di *una qualche* coscienza, e che interessano le operazioni protomentali, quelle in particolare che possono essere tradotte con quanto chiamiamo dinamica affettiva.

L'intera Teoria del Protomentale trae spunti, concetti e termini dalle scuole cognitive: essa però è sostanzialmente psicoanalitica come nelle mie opere ho dettagliato. Quasi tutti i concetti psicoanalitici, soprattutto quelli degli ultimi trent'anni possono essere risolti, e nel mio intento chiariti, in una traduzione in termini di apprendimento (relazionale), di rappresentazione per costruzione di memorie, in particolare memorie di funzioni di simbolizzazione progressiva. Il concetto di ca-

tena simbolopoietica e di rete simbolopoietica sta ad indicare che l'ottimalità della costruzione dell'apparato funzionale risiede in un graduale contiguità della progressione degli engrammi costruiti, senza che i processi autotomici intervengano più di tanto a creare jati (buchi? Silenzi?) nella rete simbolopoietica. Sulla continuità e contiguità si produce una adeguata permeabilità intrapsichica. Questa, se in qualche caso può favorire l'emergere di una qualche coscienza, più in generale permette al soggetto un maggiore o minore contatto con i suoi engrammi più arcaici, coi propri vissuti, diremmo con espressione tradizionalmente psicoanalitica, con le sue memorie, possiamo dire in termini di memoria non equiparata al ricordo; forse con quelli che Bollas ha chiamato "stati dell'essere" o "conosciuto non pensato" (Bollas, 1987, 1992, 1999); insomma, con i suoi stati primitivi all'origine delle costruzioni delle sue strutture mentali.

Se invece la continuità e contiguità della progressione simbolopoietica di un singolo è stata più o meno intercisa da processi autotomici, alcuni engrammi, alcune tracce del suo progredire verso il mentale, sono andate distrutte: quello che avrebbe potuto essere la costruzione di un certo engramma è stato abortito; potremmo vedere in questo processo il concetto bioniano di qualcosa che sarebbe potuto diventare pensiero e che non lo è stato. L'autotomia è concepibile soprattutto nella primissima infanzia, nell'epoca neonatale, quando il sistema-mente costruisce le proprie basi (e la proliferazione sinaptica è massima), ma avviene anche in epoche successive. Le memorie cancellate, o comunque le tracce mai costruite producono difetti di simbolizzazione; un soggetto di questo tipo non possiede gli engrammi idonei ad acquisire certi significati, che gli potrebbero essere veicolati nelle relazioni interpersonali. La mancata continuità e contiguità della progressione costruttiva di engrammi, che interessa il nostro caso, riguarda soprattutto le connessioni degli engrammi tra di loro (probabilmente certe sinapsi) e di conseguenza la difficoltà o l'impossibilità del soggetto di poter retroattivamente, con l'aiuto di nuove esperienze quali per esempio quella analitica, recuperare la possibilità di possedere certi significati: gli mancano i significanti, gli engrammi indispensabili alla lettura. La comprensione di se stessi, che può essere offerta da certe occasioni esistenziali, necessita di una lettura di messaggi, a molteplici livelli, subverbali e preverbali, e quindi pre-

suppone corrispondenti engrammi interiori: senza questi la comprensione dei messaggi offerti risulta parziale, vuota del suo effettivo significato: certi significati comportano una lettura a molteplici livelli, e questa avviene per altrettanti engrammi, la cui contiguità permette una comprensione e una ritenzione effettive.

Se la costruzione della rete simbolopoietica è compromessa nella sua continuità e contiguità (ogni engramma ne può generare uno ulteriore: con una memoria operativa si possono costruire nuove operatività) il soggetto non può entrare in contatto, in comprensione, con i significanti e i significati anteriori a quelli che pur è in grado di leggere e possedere: la lettura è parziale, l'acquisizione inadeguata. In altri termini un tale soggetto non può entrare in contatto con i propri livelli per così dire "più" affettivi; o più arcaici. E non gli è neanche possibile di usufruire di nuovi input supplementari, quali quelli che si possono generare in analisi, perché di questi, coi quali il soggetto potrebbe costituire connessioni e colmare vuoti entro la rete dei significanti, non ne esiste traccia. Non si possono pertanto "leggere", davvero, i più utili input offerti dall'analisi, ma solo inquadrarli in un riconoscimento (di tipo razionale) dei meri significanti verbali: ciò è prodotto tramite la lettura operata da engrammi più evoluti, senza che sia possibile una contemporanea lettura delle tracce perdute, con i relativi significati, che avrebbero dovuto corrispondere a quanto in psicoanalisi può essere chiamato alone emotivo, o affettivo<sup>4</sup>, di ogni evento cognitivo; quell'alone che può rendere "mutativa" l'interpretazione. La mancanza delle tracce in questione può essere limitata, ma anche estesa fino a comprendere un'assenza di qualunque engramma che possa dar origine ad un qualche ricordo.

Credo che su tale base, psicofisiologica, possa essere individuata la genesi e l'organizzazione mentale che caratterizza i pazienti detti traumatici, e che questa possa essere considerata il comune denominatore in base al quale focalizzare il prototipo di paziente di cui ci stiamo occupando. Come risulta evidente, per il loro oblio, anche solo "affettivo", non si può parlare di rimozione: si tratta di una autentica mancanza di

---

<sup>4</sup> Ovviamente gli analisti dovranno abituarsi a considerare che anche gli affetti hanno la relativa memoria: memoria di funzioni operative.

memoria; considerando questa nei termini più estesi e poliedrici dimostrati dalle attuali diverse scienze della mente, e non nel significato restrittivo del ricordo. I pazienti con difetti di simbolizzazione come quelli suaccennati possono anche avere delle reminescenze, ma la “massa” del loro eventuale ricordo non esiste: fu perduta nei processi autotomici, fu abortita nella costruzione del loro sistema-mente.

Sempre più da alcuni anni si parla in psicoanalisi di patologie da deficit: il termine è ampio ma certamente ha al suo centro il deficit dei processi di simbolizzazione, soprattutto se tale dizione la inquadrriamo come qui delineato; deficit per le simbolizzazioni che non furono prodotte, deficit per le ponesi che la struttura non è in grado di produrre. Per questo certe strutture, anche con l’aiuto dell’analisi non sono in grado di produrre quello la cui capacità poetica non fu costruita. Paradigmatici della patologia da deficit sono a mio avviso considerabili i pazienti denominati traumatici. Ma forse qualunque patologia da deficit contempla tale difetto: la mente in sostanza, l’inconscio potremmo dire, è simbolopoiesi; traumatici furono detti quei pazienti la cui inabilità al lavoro analitico fu collegabile a un preciso evento esterno; quello appunto che fu imputato di traumatizzare “l’apparato mentale normale”.

\* \* \* \* \*

Da quanto illustrato potrebbe essere dedotta un’impossibilità di analisi. Controindicazione, si sarebbe un tempo detto. In realtà è la nostra tecnica analitica che deve essere cambiata. L’interpretazione, in senso classico, come esplicitazione verbale di dinamiche interiori, ha poco o nullo senso. Greenspan, con la sua “developmentally based psychotherapy” (Greenspan, 1997), ha eloquentemente illustrato, seppur sul piano esclusivamente clinico ed in termini differenti dai miei, come nelle patologie da deficit non si possa pretendere che il paziente assimili le interpretazioni, e che queste siano mutative: non ne è in grado. L’analista deve, pertanto, assumere una tecnica simile a quella di un care-giver che insegna a pensare ad un bambino di uno-due anni. Occorre costruire quello che nello sviluppo di quella mente non fu mai costruito. La terapia deve tener conto del livello di sviluppo: non si può ingenuamente presupporre che l’interpretazione riveli eventi mentali rimossi, perché

questi non ebbero mai luogo. La mente dell'analista può immaginarli, perché la sua mente ha avuto un buon sviluppo (almeno si spera!), ma rischia di proiettarli nel paziente.

Le intuizioni "developmental" di Greenspan, ovvero il sottostante concetto di costruzione, ben si attagliano all'inquadramento teorico qui tratteggiato. Il paziente con deficit di simbolizzazione non è in grado di cogliere l'alone semantico di una interpretazione, né tanto meno capirne più di tanto il contenuto verbale: può solo accondiscendervi, spesso in modo ingannevole per l'analista. L'interpretazione appartiene ad una serie di inferenze operate dalla mente dell'analista perché questa mente ne possiede le capacità, vale a dire, nel nostro quadro, gli engrammi di quelle funzioni mentali che permettono l'operatività caratteristica dell'intuizione e dell'inferenza che l'analista fa: egli congiunge l'impatto emotivo proprio e quello avvertito nel paziente ad una certa frase, espressa al momento giusto, con le parole giuste e il tono appropriato: una tale "congiunzione" è possibile perché egli ne possiede i relativi engrammi di congiunzione, in continuità e contiguità. Questi però non possono essere letti dal paziente perché egli non li possiede. Occorrerà, semmai, costruirli. Non si tratta di ricostruzione ma di costruzione ex novo. L'analista tenterà di individuare il cammino della simbolopoiesi di quel paziente in cui più ci sono vuoti, ed in essi tenterà una costruzione. L'esempio più semplice è appunto quello relativo ad un care-giver che accudisce un neonato, o un bimbo di non molti mesi, e che con le sue capacità di rêverie restituirà al bimbo, che non sa pensare, "oggetti pensabili". Tale espressione bioniana corrisponde nella mia teoresi alla costruzione di engrammi mancanti: significanti di significati (affettivi, o forse meglio pre-affettivi) mai posseduti.

In questo quadro, in questa sede, presenterò due stralci clinici.

Z. è una donna che si decide a mettersi in analisi a 37 anni. Nubile, professionista affermata e imprenditrice in proprio, si è accorta di aver condotto una vita senza affetti, sommersa dal lavoro. Vive sola, perfettamente autosufficiente. Il suo umore è sempre gaio: su ogni cosa è sempre ottimista, malgrado riconosca che la sua vita è un fallimento e che il suo lavoro, solerte, alacre, intenso e intelligente, per una intricata vicenda affettiva viene quasi tutto devoluto a favore di una zia. Dopo poco più di un anno di analisi (tre sedute) che appare molto proficuo, si rende con-

to della sua situazione e mi prospetta progetti di vita e di lavoro lucidissimi: sa cosa vuol fare, e come; sia sul piano professionale, che relazionale e amoroso, e sa come risolvere la condizione di sfruttamento lavorativo. Dispiega un intenso transfert, prima erotico, poi negli anni nettamente filiale, e intensamente affettuoso. Ma tutto quello che ella si propone e progetta non viene fatto. Non piange mai, se non una volta, in cui aveva deciso di interrompere l'analisi tornando invece la settimana dopo. Nella sua anamnesi c'è un periodo di vita dai dieci ai diciotto anni in cui per motivi di studio fu mandata in un collegio (di suore) lontano dalla famiglia: poteva rientrarvi solo in tre periodi dell'anno. L'evento viene dalla paziente riportato come ben tollerato e poco significativo. L'analisi sembra procedere nel migliore dei modi e la paziente mostra notevoli capacità di insight. Ma più e più volte si ripete un fatto caratteristico: alla vigilia di compiere passi significativi, per frequentare persone, cercarsi un compagno, far cessare lo sfruttamento economico, la paziente mi fa apparire l'attuazione come quasi fatta, per poi nelle sedute successive parlarmi d'altro, finché mi accorgo che nulla è stato fatto; anzi ella ha compiuto qualcosa che ancor più l'ha legata alle sue stagnanti condizioni di vita.

A posteriori, ovvero quando capita la seduta in cui ad un suo discorso io posso chiederle chiarimenti su ciò che è stato, Z si mostra meravigliata della domanda e del tutto dimentica di quanto si era elaborato e di quanto voleva fare; e di ogni possibile interpretazione. Rendendosi conto di questo fatto, nelle sedute successive riconosce di aver completamente dimenticato quanto era emerso in analisi e al contempo fa di tutto per recuperarlo. Ma i suoi ricordi di precedenti sedute, pur nitidi, restano asettici. Riconosce di aver avuto condotte del tutto opposte a quanto ella si era proposto, o addirittura pianificato di fare, e si mostra contrariata e rammaricata. Riconosce di aver agito automaticamente senza pensare, e che il fatto (agito) indica la sua incoercibile tendenza a mantenere lo *status quo* e ad allontanarsi da sentimenti e emozioni. In sedute successive sembra rientrare in contatto, con se stessa e con me, e recuperare quanto sembrava perduto. Ma dopo qualche mese il ciclo si ripete.

Dopo i primi due anni, l'analisi passò a quattro sedute: il cambiamento rese più accentuati sia i momenti positivi sia quelli negativi, allungando il ciclo, che però si ripeteva. Dunque –pensavo– i suoi insight veni-

vano cancellati. O forse non erano mai esistiti come tali ed io mi ero ingannato? Eppure, nel periodo “buono” del ciclo mi sembrava che ci fosse un’ottimo contatto, e capacità della paziente di elaborare, assimilare, ristrutturarsi. Mi sentivo partecipe e la sentivo partecipe. Ma inesorabilmente, spesso in occasione di separazioni (vacanze), ricominciava il ciclo, malgrado il problema separazione fosse ogni volta affrontato; e prima e dopo. E così l’analisi andò avanti per anni. Cos’era dunque che non funzionava?

La coincidenza del “ciclo” con le separazioni e il fatto che, anche dopo il recupero, la paziente non mostrasse di aver sofferto, nonché il dato anamnestico del collegio, sul quale Z scivolava sempre nei suoi scarni ricordi, sottintendendo che tutto era filato ottimamente, portarono la mia attenzione proprio su quel periodo della sua vita, e su situazioni analoghe in età precedenti. Z prende ora a raccontare che quando era più piccola, il padre non era mai a casa e la madre molto spesso si assentava, lasciandola da zie o nonne; e parla della sorellina che le rompeva tutti i giocattoli. Riconosce sofferenze e gelosie; o così sembra. Ma non esterna mai rancori. Pian piano la mia tecnica di intervento muta. Sto molto in silenzio, mi limito ad annuire con mugugni vari a ciò che dice, e ogni tanto commento i suoi stati d’animo: attrazioni sessuali, rabbie, rancori, solitudine, soprattutto; non faccio interpretazioni di transfert, come per molto tempo avevo fatto, bensì verbalizzo in modo molto parco i sentimenti che mi sembra logico ella debba avere verso gli altri nelle varie vicende della vita quotidiana. Utilizzo il mio controtransfert per approvare, annuendo senza parlare, l’eventualità dei suoi sentimenti, soprattutto negativi. Sento che ella ha bisogno di un accoglimento, ma soprattutto di una mia immedesimazione in quello che lei fa nella sua routine quotidiana. Questo mio cambiamento non mi risultava però facile. Mentre le interpretazioni di transfert avevano sempre sortito e ancora avrebbero entusiastiche adesioni, che sembravano davvero smuovere le emozioni della paziente, quest’altro mio tipo di intervento sembrava invece cadere nel vuoto. Ma erano passati alcuni anni, in cui mi ero potuto accorgere che col precedente tipo di lavoro le emozioni che emergevano venivano poi perdute, e non si producevano cambiamenti dello stile di vita di Z. Pertanto persistetti nella mia seconda tecnica. Mi sentivo come dovessi accudire una bambina che volesse giocare da sola.

Nel frattempo, in quegli anni, elaborando la mia teoria mi accorgevo quanto essa poteva aiutarmi in questo caso. La paziente poteva ora di avere dentro di sé una qualche traccia mnestica, costruita con l'analisi, che l'aveva fatta diventare capace di riconoscere le sue emozioni: emozioni di adulta, però, anche se di tipo infantile, ma non emozioni esse stesse infantili, così come si presupponeva avrebbero dovuto aver luogo nella sua infanzia. Emozioni di una adulta verso un'ipotetica bimba, non emozioni di bimba. Inoltre questo patrimonio mnestico-emotivo che ora emergeva aveva bisogno di essere confermato dalla mia presenza. Questo poteva anche avvenire, nel quadro per lei straordinario dell'analisi vissuta come mia presenza attenta e continuata, ma le quattro sedute, con cui da molti anni procedevamo, sembravano non bastare per colmare il vuoto tra di esse. Z riusciva a provare sentimenti mai avuti, ma fuori seduta, da sola negli eventi della quotidianità, questi sembravano svanire senza costituire il supporto per una condotta con essi congruente. Il loro riconoscimento era dovuto al suo aver imparato a leggere ciò che succedeva tra lei e me nel "qui ed ora" della sua mente adulta, con me mentre insieme enfatizzavamo con una bambina. Ma fuori seduta la paziente non poteva essere quella bambina: senza di me ella lo poteva in qualche modo ricordare, pensando a me, ma negli eventi della vita quotidiana, peraltro vorticoso, quando non aveva spazio per pensarmi, ogni traccia di quanto sembrava essersi strutturato dentro di lei insieme con me sembrava sparire.

Andavo pensando quanto la mia presenza accidentale poteva averla aiutata ad acquisire engrammi più profondi di quelli verbalizzabili, ma non quelli ancor più primitivi, inerenti alla sua solitudine di bambina, quando non c'era nessuno presente; quegli engrammi che pur dovevano essersi generati, ma che tosto erano stati autotomizzati; o, forse, meglio, che stavano formandosi ma che venivano abortiti sul nascere. Z era ora diventata un'adulta sensibile, ma non aveva ancora gli engrammi per vivere come bambina la sua solitudine negli intervalli tra le sedute. Avrei dovuto forse esserle sempre accanto io, nella sua vita di ogni giorno mentre ella era con altri; così come una madre con una bimba di tre-quattro anni.

Persistetti, nell'atteggiamento sopraccennato, promuovendo un suo parlare di quel che faceva nella quotidianità, accompagnandola, nel suo

raccontare in seduta, con i segnali della mia presenza. A poco a poco Z prese a parlare diversamente, della sua infanzia, della mamma che andava via, del padre che non era mai in casa, della sorellina che attirò tutte le attenzioni dei genitori e parenti (mentre lei era considerata “grande” e cioè non bisognosa), e soprattutto del collegio: delle squallide giornate, soprattutto festive, che vi doveva passare. E della sorella ora felicemente sposata, dunque invidiabile; e della zia. Cominciò a esternare rancori, dapprima in modo asettico e sarcastico, ma poi, man mano che “l’accompagnavo”, in modo sentito. Parlare della sua vita quotidiana stava diventando l’esser capace di viverla; e viverla sentendomi presente in effigie anche tra una seduta e l’altra. Il mio tipo di lavoro, dunque, il mio essere partecipe, per ogni momento della sua giornata, le faceva probabilmente imparare quello che io sentivo e questo le insegnava a sentire. Ovviamente il mio insegnamento non poteva essere casuale, né asettico, e neppure “da adulto”: usavo le mie capacità di rêverie, ma soprattutto facevo attenzione a che cosa restituire; non messaggi troppo evoluti, che non avrebbe potuto imparare perché non aveva mezzi per leggerli, ma messaggi elementari, come quelli che si possono dare a un bimbo tra i dieci e i trenta mesi.

L’analisi è ancora in corso: credo che Z. stia imparando non solo a sentire come un’adulta in grado di “capire” i bambini, ma anche a costruire gli engrammi più remoti, di bambina. Attualmente la paziente si è sciolta dalla condizione di sfruttamento economico, si è comperata una casa, si concede molto tempo libero, per cercare “qualcuno”. Ma c’è ancora lavoro da fare.

Il cosiddetto trauma, dunque, pur connesso a eventi storici reali (otto anni di collegio), non può da questi dirsi “causato”. Una rete di vicende relazionali precedenti aveva impedito che la paziente imparasse quelle cose di sé che i bimbi imparano, e soprattutto aveva favorito una tendenza continua alla soppressione di qualunque sentimento: ad una autotomia di quelli che avrebbero potuto essere i nascenti “pensieri” (affetti), sui quali poi costruirne altri. Su questo deficit primario si è impiantata l’esperienza del collegio. L’attenzione su questa ha aperto una strada di cambiamento, ma l’indagine non poteva essere mediata da linguaggi evoluti, tanto meno dalle parole. Il caso mostra i rischi, per l’analista, di

affidarsi troppo a quanto un paziente che appare evoluto gli mostra: che non è compiacenza; può essere autentico, ma senza radici.

R. ha attualmente sessantaquattro anni. Infanzia molto curata, sembra, da genitori, nonni e tate affettuose. Ottimo e precoce successo scolastico a 4-7 anni, alla pubertà sviluppa una sindrome psicotica delirante a poussées, lungo un periodo di 4-5 anni. Curato con farmaci, con qualche elettrochoc, poi con psicoterapia (i genitori sono molto abbenienti e evoluti, per quell'epoca) verso i diciotto anni la sindrome psicotica sembra scomparire, residuando un carattere ossessivo e un blocco negli studi. Fa un'analisi di sei anni con una collega qualificata, durante la quale si laurea (una laurea peraltro difficile) e trova lavoro. Dopo nove anni dalla fine dell'analisi, ricerca la sua analista, non si trova a suo agio con lei e cerca un'altra analisi: con me. Ha difficoltà sul lavoro e avverte un disagio generale. Presenta una struttura ossessiva pervasiva e tenace, un enorme distacco da qualunque emozione. Lavoriamo per otto anni (tre sedute a settimana), durante i quali riesce ad avere i primi rapporti sessuali e a farsi una compagna; e a dedicarsi, lasciato il lavoro dipendente, alla gestione della grossa impresa familiare; con un discreto successo, che fa chiudere questa seconda sua analisi. Ma ritorna da me, a cinquantacinque anni. L'azienda è andata a rotoli, in mezzo a un mare di cause legali che ora occupano, con alibi più valido, le sue ossessioni.

Dopo alcuni anni di analisi a cinque sedute, durante le quali egli riesce a mantenersi in relativo equilibrio e lungo le quali più volte si parla di concludere l'analisi, di fronte alla sua reiterata richiesta di mantenere una qualche psicoterapia, si decide di passare a due sedute vis a vis. Frattanto io avevo maturato l'esperienza teorico-clinica, sulla quale ora sto discutendo. Decisi di mantenermi molto silenzioso, e di fare soltanto eco, con brevi commenti, o più spesso con espressioni di volto e dei miei gesti, alle sue elucubrazioni. Questo cambiamento tecnico fece emergere eventi nuovi. Venne fuori che il paziente era sempre stato encopretico: una piccola quantità di feci restava sempre nella sue mutande; e che la sua attività evacuatoria, anale e uretrale, era oggetto di minuziosi rituali che occupavano buona parte della sua giornata. Analoghi rituali aveva per l'alimentazione. Doveva controllare ciò che entrava e ciò che usciva. In questo quadro capii la sua enorme resistenza alle interpretazioni, fino ad allora nascosta sotto un suo tipico accettare l'interpreta-

zione, quindi entro di sé rigirarsela, ridiscuterla, evacuarla, per la seduta successiva. Doveva controllare ciò che gli entrava nella mente. E capii anche il senso del suo argomentare e rimuginare ossessivo: doveva controllare quale pensiero gli potesse uscire dalla testa. Non concepiva che il “pensiero” viene da pensare: aveva invece l’idea di essere lui, volontariamente, a fabbricarlo, con una sorta di superpensiero controllore, e con l’allarme che dalla sua mente potesse uscire un pensiero non gradito; pericoloso. E capii anche un problema rimasto fino allora incomprendibile: l’impossibilità di masturbarsi, dietro la quale c’era una sorta di terrore (ma l’emozione non era sentita) di quello che poteva uscire dal suo pene. Nel rapporto sessuale, invece, la vagina della donna gli dava la sicurezza che ciò che razionalmente pur sapeva che usciva, non usciva; perché non lo vedeva. E mi resi conto, inoltre, che egli non sapeva distinguere ciò che usciva dal suo corpo: feci, orina, sperma; né sapeva da dove, ovvero non aveva la normale sensibilità differenziata dell’ano rispetto all’uretra e in questa la differenza tra minzione e eiaculazione. Non avvertiva sensazioni specificamente sessuali: constatava l’erezione visivamente, o tattilmente per l’ingombro, ma non avvertiva le modificazioni del suo pene; riferì di eiaculazioni in circostanze non sessuali (ma verosimilmente emotigene) senza sapere se c’era erezione o no. Rivelò, insomma, una grossa indifferenziazione del riconoscimento delle varie sensazioni del suo corpo.

La medesima confusione si verificava per i pensieri, non differenziava la mente dalla testa, o meglio la mente era equiparata a un organo da controllare come altri organi del corpo: ma, come per gli altri organi, senza avere adeguata sensibilità.

Durante quest’ultimo anno, R, che da diversi anni ha cessato ogni rapporto sessuale con la compagna, anziana e malata, con la quale ha pur mantenuto una relazione di semiconvivenza, inizia a frequentare prostitute, prediligendo di frequentarne una, che gli sembra più partecipe. In questi rapporti egli riesce a rendersi conto della confusione tra le differenti sensorialità del suo perineo, ma non a sentirle, o a distinguerle. Non sa cosa sia il piacere sessuale: è solo soddisfatto di compiere l’atto e, caso mai, di constatare che la donna ha orgasmo. Parallelamente si rende conto, sempre in modo razionale, che equipara il pensiero ad un escreto corporeo da controllare e che i suoi rituali, alimentari, escretori ed altro,

che prima di allora giustificava con argomenti i più svariati, dicono di un suo controllo; e che pure il suo ruminare pensieri ossessivi (su cosa fare o non fare, progettare, decidere ecc.) sono una forma di controllo, illusorio, del suo pensare. Riesce anche a presumere che dietro questo bisogno incoercibile di controllo ci sia un allarme per un qualche pericolo che bisogna evitare. Ma non sente niente.

In questo paziente non c'è indizio di un qualche possibile trauma per eventi storici: eppure c'è un'enorme difetto di simbolizzazione, che investe livelli molto più primitivi di quelli individuati nel caso precedente. R. non ha rappresentazioni corporee, non ha engrammi elementari coi quali riconoscere e distinguere le afferenze delle varie parti del suo corpo; e questo non solo per le parti urogenitali; anche della sua muscolatura ha inadeguate rappresentazioni motorio-proprioceptive: la controlla visivamente. Ne era derivata una psicomotricità da robot, che solo ora si sta sciogliendo. La sua voce era stentorea, recitata: sta ora diventando conversazionale. Parallelamente a questi cambiamenti, R si rende conto di aver considerato ciò che pensava e diceva come fosse un prodotto da controllare: il suo pensiero sembra ora un po' più libero; anche la voce. Ma deve ancora "sentire", e non tanto affetti –questo chissà se ci arriveremo, anche se Z ora spesso piange in seduta– ma sensazioni!

Tutto quanto finora ottenuto credo dovuto al mio cambiamento di tecnica, conseguente al mio avere in mente la mia teoria. Da questa ero aiutato a sentire che il livello cui si trovava questo paziente era più o meno tra i sei e i sedici mesi. Egli deve imparare il suo corpo, e in conseguenza di questo la sua mente. La tecnica pertanto non consisté semplicemente nel limitare gli interventi a commenti, ma anche in un dialogo visivo e gestuale, e, dal punto di vista verbale, nel mio precisargli i suoi accadimenti corporei, intimi, come quando si insegna a un bambino a muoversi, a mangiare, a guardare, a fare la cacca e la pipì.

Sto usando con questo paziente una tecnica certamente poco tradizionale: gli esiti non mi sembrano modesti, vista la gravità del caso e per contro l'insuccesso, sia mio che di precedenti colleghi, nel sanare più di tanto la situazione. Le lacune della sua "memoria" riguardano gli engrammi relativi alle distinzioni più elementari, come quelle tra le afferenze esterne e quelle corporee e le differenze di queste tra di loro in relazione alla provenienza corporea, nonché le differenze primitive tra ciò

che è un input sensoriale e ciò che è un prodotto della mente; eventualmente costruito su tali afferenze, come per esempio nella sessualità. L'impresa di fargli imparare, ora a sessantaquattro anni, quello che non imparò nei primi anni di vita è piuttosto arduo: devo stare molto attento a cosa gli stia accadendo (*rèvérie*), in seduta, soprattutto quando gli dico qualcosa, o gli faccio qualche gesto.

Una facile diagnosi di "struttura psicotica" non dice nulla, se non che la mente di questo paziente funziona molto diversamente da come ci si attende funzioni una mente cosiddetta normale. La mia teorizzazione mi ha permesso, almeno in questo caso ma non solo, di inquadrare la struttura di molti pazienti, gravi e meno gravi, in termini di deficit delle simbolizzazione protomentali, a quei livelli dell'iniziale sviluppo psichico per i quali molti autori non usano il termine "simbolizzazione". Si tratta delle più elementari distinzioni che la nascentemente diventa (o dovrebbe diventare) capace di operare, per la cui operatività sono necessari ordini differenti di rappresentabilità, cioè protosimboli: quelli per esempio per cui si può discriminare il proprio corpo dall'ambiente circostante, il dentro/fuori del proprio corpo, un primo Sé da un non-Sé, nel proprio corpo i vari ordini di afferenze, la loro provenienza zonale, il loro costituirsi in sensazioni specifiche riconosciute, nonché infine la differenziazione tra interno mentale/interno corporeo/esterno. Sovente vi sono deficit parziali, non direttamente e facilmente osservabili, in quanto, pur con tali lacune, il soggetto ha potuto costruire la sua ulteriore e più complessa simbolizzazione, però in modo del tutto particolare, per cui derivano le funzioni (comportamenti) incongruenti che constatiamo. Avere in mente la teorizzazione qui illustrata può a mio avviso rendere l'analista più attento a cercare i livelli più elementari delle mancate simbolizzazione, piuttosto che cimentarsi con eventi psichici per i quali una ristrutturazione è del tutto impervia, se non viene condotta nella ricostruzione, o meglio costruzione delle sue radici primarie.

Spesso deficit di questo tipo sono soggiacenti in quei pazienti che in qualche modo riescono con l'analisi a ristrutturarsi ad un livello accettabile, salvo il permanere di qualche inconveniente nelle loro condotte e nel loro stile di vita. Su questi aspetti può essere utile un'attenta considerazione dell'analista su "cosa ci può essere al di sotto di questa strut-

tura che siamo riusciti a ristrutturare solo in parte?” non solo pensando a angosce e difese, ma a qualcosa di molto più elementare.

I deficit di cui parlo possono esseri originati per una miriade di eventi interiori, difficilmente, se non genericamente, collegabili a eventi relazionali: pertanto il parlare di trauma, col suo alone semantico di “qualcosa che ha leso qualcosa” ha a mio avviso ben poco senso. Potremmo per esempio chiamare traumatico il secondo dei casi qui presentati? Rimando alle considerazioni precedentemente esposte.

## Bibliografia

- Balint M. (1969), Trauma and Object Relationship, *Internat. J. Psychoan.*: 50, 429-436.
- Bollas C. (1987), *The shadow of the Object*, London: Free Ass. Books [trad. It. *L'ombra dell'oggetto*, Roma: Borla, 1989].
- Bollas C. (1992), *Being a Character*, New York: Straus & Giroux [trad. It. *Essere un carattere*, Roma: Borla, 1995].
- Bollas C. (1999), *Il mistero delle cose* (it. coll.), Milano: Cortina.
- Bonfiglio B. (1996), Il trauma tra Freud e Ferenczi, *Riv. Psicoan.*: 42, 629-647.
- Bonfiglio B. (1997), Evoluzione del concetto di trauma e sua utilità nella clinica, *Riv. Psicoan.*: 43, 583-606.
- Fonagy P. (1999), *Memory and therapeutic action*, *Internat. J. Psychoan.*: 80 (2), 215-222.
- Fonagy P. (2001), *Attachment theory and Psychoanalysis*, New York: Other Press [trad. It. *Attaccamento e psiconalisi*, Milano: Cortina, 2002].
- Fonagy P., Target m. (1997), Attachment and reflective function, *Developmental Psychopathology*, 9, 679-700.
- Fonagy P., Target M. (2001), *Attaccamento e funzione riflessiva* (it. coll.), Milano: Cortina.
- Garland C. (1998), *Understanding trauma*, London: Karnac Book [trad. It. *Capire il trauma*, Milano: Bruno Mondatori, 2004].
- Giaconia G., Racalbuto A. (1997), Il circolo vizioso trauma-fantasma-trauma, *Riv. Psicoan.*: 43, 543-558.
- Greespan S. (1997), *Developmentally based Psychotherapy*, New York: Mc

- Graw Hill [trad. it. *Psicoterapia e sviluppo cognitivo*, Bologna: Il Mulino, 1999].
- Imbasciati A. (1997), *Fondamenti psicoanalitici della psicologia clinica*, Torino: Utet Libreria.
- Imbasciati A. (1998), *Nascita e costruzione della mente*, Torino: Utet Libreria.
- Imbasciati A. (2001a), Quale inconscio? La costruzione dei processi di simbolizzazione, *Psichiatria e Psicoterapia Analitica*: 20, (2), 125-142.
- Imbasciati A. (2001b), Scienze Cognitive e psicoanalisi: una possibile convergenza, *Riv. Psicoan.*: 47 (2), 321-345.
- Imbasciati A. (2001e), Que Inconsciente? *Rev. Psicanálise da Sociedade de Porto Alegre*: 8 (1), 65-88.
- Imbasciati A. (2001d), The Unconscious as Symbolopoiesis, *Psychoan. Rev.*: 88, 837-873.
- Imbasciati A. (2002a), Ciências cognitivas e psicanálise, *Rev. Brasileira de Psicanálise*: 36 (1), 9-31.
- Imbasciati A. (2002b), An explanatory theory for Psychoanalysis, *Internat. Forum of Psychoan.*: 11 (3), 173-183.
- Imbasciati A. (2002c), Rileggendo un cognitivista: considerazioni di uno psicoanalista, *Riv. Psicoan.*: 48 (3), 567-596.
- Imbasciati A. (2002d), Una lettura psicoanalitica sulle scienze cognitive, *Psichiatria e Psicoter. Analitica*: 21 (3), 199-216.
- Imbasciati A. (2002e), A psychoanalyst's reflections on rereading a cognitivist, *Psychoan. Rev.*: 89 (5), 595-630.
- Imbasciati A. (2002f), Uma leitura psicanalítica das ciencias cognitivas, *Rev. de Psicanálise da Soc. de Porto Alegre*: 9 (2), 177-201.
- Imbasciati A. (2003a), Nascimento e construção da mente, Lisböa: Climepsi.
- Imbasciati A. (2003b), *Naciencia y construccion de la mente: la Teoria de lo Protomental*, Buenos Aires: Editorial Lumen.
- Imbasciati A. (2003c), Cognitive Sciences and Psychoanalysis: a possibile convergence, *J. of Am. Academy of Psychoanalysis*: 31, 627-643.
- Imbasciati A. (2004a), Um suporte teórico para a transgeracionalidade: a Teoria do Protomental, *Rev. Brasileira de Psicanálise*: 38 (1), 181-201.
- Imbasciati A. (2004b), Proposta per una teoria esplicativa in psicoanalisi. *Riv. Psicoanalisi*: 5 (2), 351-372.
- Imbasciati A. (2004c), A Theoretical Support for Transgenerationality: the Theory of the Protomental, *Psychoanalytic Psychology*: 21, 83-98.
- Imbasciati A. (2005a), *The Protomental System*, London: Routledge.
- Imbasciati A. (2005b), *Il sistema protomentale*, in print.
- Imbasciati A. (2005c), *Psicoanalisi e Cognitivismo*, in print.

- Imbasciati A., Calorio D. (1981), *Il Protomentale*, Torino: Boringhieri.
- Imbasciati A., Margiotta M. (2004), *Compendio di Psicologia per gli Operatori Sociosanitari*, Padova: Piccin.
- Khan M. (1963), The concept of cumulative trauma, *Psychoan. Study Child*, 18, 286-306 [trad. it. In AA.VV., *Lo spazio privato del Sé*, Torino: Bollati Boringhieri, 1974.
- Kluzer G. P. (1996), Nuove ipotesi interpretative sul concetto di trauma, *Riv. di Psicoanalisi*: 42, 405-423.
- Kris E. (1955), Recupero di ricordi dell'infanzia in psicoanalisi, in Kris E. *Scritti*, (it. Coll), Torino: Boringhieri, 1977.
- Laplanche J. Pontalis J.B. (1967), *Vocabulaire de la Psychanalyse*, Paris: P.U.F. [trad. It. *Enciclopedia della Psicoanalisi*, Bari: Laterza, 1967].
- Maiello S. (1998), Trauma prenatale e autismo, *Richard & Piggie*: 3, 271-292.
- Modell A. H. (1984), *Psicoanalisi in un nuovo contesto*, Milano: Cortina, 1992.
- Turchi G. P., Perno A. (2002), *Modello medico e psicopatologia come interrogativi*, Padova: Upsel.
- Vallino D., Percorsi clinico-teorici sul trauma, *Riv. di Psicoanalisi*: 48, 5-22.