

Da: *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2009, XLIII, 3: 414-417
<http://www.psicoterapiaescienzeumane.it>

Recensione

Clara Mucci, *Il dolore estremo. Il trauma da Freud alla Shoah*. Prefazione di Otto F. Kernberg. Roma: Borla, 2008, pp. 202, €24,00

Per molto tempo, nel secolo scorso, psichiatria e psicoanalisi attribuirono al trauma un'origine prevalentemente ideogena, mentre all'esogenia fu riservato un interesse quasi esclusivamente storico, in quanto concezione apparentemente superata. Ciò fu a causa del tramonto (o della rimozione) del concetto di "nevrosi traumatica" che aveva avuto, fino alla prima guerra mondiale, una risonanza importante nel dibattito scientifico internazionale. Persino le Potenze Centrali, preoccupate dal moltiplicarsi degli "shock da granata" tra i soldati impegnati al fronte, inviarono osservatori al V Congresso dell'*International Psychoanalytic Association* (IPA) di Budapest del 1918 con il proposito di creare ambulatori nelle retrovie. Il progetto naufragò con la fine della guerra, e in ambito psicoanalitico, sull'onda lunga dell'abbandono della teoria della seduzione del 1897 le residue attenzioni al trauma cessarono del tutto, con l'eccezione di Ferenczi, che alla fine degli anni 1920 ritornò sul tema con rinnovato vigore, sia pure a costo della propria emarginazione da quella comunità psicoanalitica che aveva contribuito a fondare.

In un'epoca in cui l'ideologia militarista non risparmiava certo la Medicina, il trattamento dei soldati affetti da nevrosi di guerra mirava alla restituzione a un *integrum* identificabile nel desiderio di combattere, a prescindere da condizioni di vita (e di morte) che soltanto oggi, grazie a testimonianze storiche e opere letterarie, possiamo conoscere nella loro crudezza e inumana stupidità. Per questo, quando la psicoanalisi cessò definitivamente di interessarsi al trauma esogeno per dedicarsi alla fantasia inconscia, alla medicina militare, ormai priva di un riscontro scientifico tanto autorevole, non restò altra risorsa che interpretare le manifestazioni di panico, le somatizzazioni e i *flash-back* come codardia e simulazione, riducendo così le nevrosi di guerra al rango di "nevrosi da pensione" (vedi Carlo Bonomi, "Introduzione storica all'idea di trauma psichico" [2001], alla pagina Internet http://carlobonomi.it/files/introduzione_al_trauma_psichico.pdf, p. 2).

Col tramonto della nevrosi traumatica, prende avvio la seconda fase dello sviluppo della psicotraumatologia, dominata dal concetto di *stress*. Nel decennio 1980-90 il clima scientifico muta per la terza volta: dopo circa sessant'anni di oblio, il *trauma esogeno* è nuovamente all'attenzione degli psichiatri statunitensi che osservano nei

reduci dal Vietnam un nuovo quadro clinico, il *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD). Negli stessi anni, la comunità psicoanalitica è colta di sorpresa dalla pubblicazione del voluminoso carteggio tra Freud e Ferenczi e del *Diario clinico* (1932) di Ferenczi, che danno avvio alla *renaissance* ferencziana. Contemporaneamente, prosegue il dramma residuale dei sopravvissuti della Shoah e della generazione a loro successiva, a causa di ferite traumatiche abissali la cui metabolizzazione sembra richiedere tempi incommensurabili. Infine, negli ultimi decenni, nel mondo occidentale fenomeni di abuso e violenza nei confronti di bambini e donne danno luogo a una nuova consapevolezza sociale che stimola lo sviluppo delle tecniche terapeutiche, anche grazie al confronto fra neuroscienze e psicoanalisi.

Il libro di Clara Mucci sembra aver realizzato il progetto di unificare, attraverso una riflessione dettagliata e rigorosa, la storia di questo processo epocale di pensiero, tumultuoso e drammatico. La trattazione parte dalle esperienze giovanili di Freud sull'isteria, alla Salpetrière e a Nancy.

Della lezione di Charcot Freud critica, in particolare, la sopravvalutazione dell'ereditarietà a scapito dell'attenzione alle nevrosi acquisite, anche se egli stesso non rinuncerà mai del tutto a richiamarsi all'elemento costituzionale, nemmeno di fronte ai capovolgimenti di prospettiva emersi dalle scoperte di Ferenczi. Il capitolo su Freud prosegue attraverso gli *Studi sull'isteria* (1892-95), i casi clinici, l'amicizia con Fliess, il caso drammatico di Emma Eckstein e le sue possibili influenze sul destino successivo dei *neurotica*, descrivendo in dettaglio lo sviluppo del pensiero freudiano sul trauma, fino a *Costruzioni nell'analisi* (1937).

Il sottocapitolo 1.2 ("Ferenczi e la teoria del trauma") tratta gli sviluppi del pensiero ferencziano durante l'ultimo fecondissimo e doloroso periodo, a partire dal dicembre 1929, quando Ferenczi, in una lettera a Freud del 25 dicembre 1929, sostiene che «quando si penetri abbastanza in profondità» la realtà traumatica si evidenzia in misura preponderante su quella fantasmatica (poiché il terzo volume delle *Lettere* tra Freud e Ferenczi non è stato ancora tradotto in italiano, l'Autrice cita dall'Introduzione di Judith Dupont al *Diario clinico* [1932]. Milano: Raffaello Cortina, 1988, p. 26); e che, quando tale penetrazione profonda avvenga sia da parte dell'analista che del paziente, l'effetto terapeutico è molto più rilevante. Si tratta di note critiche che pongono in discussione tanto la teoria, che dopo il 1897 aveva messo in sordina il trauma, quanto il comportamento tecnico dell'analista, imputato ora di superficialità (altrimenti riscoprirebbe il trauma) e più tardi, nel *Diario clinico*, di "ipocrisia professionale". La polemica è solo agli inizi: essa continuerà fino alla rottura, e i suoi strascichi proseguiranno, nella tormentata memoria del Maestro, per molti anni oltre la morte di Ferenczi e fino alla fine. L'Autrice ripercorre vari passi del *Diario clinico*, a partire dalla controversa questione del "ripetere" piuttosto che del "ricordare" l'esperienza traumatica in seduta, argomento che già nel lavoro scritto con Rank nel 1924 (*Prospettive di sviluppo della psicoanalisi*. In: *Opere, 1919-1926*, vol. III. Milano: Raffaello Cortina, 1992, p. 201), aveva posto le basi per una nuova teoria della tecnica e per una psicologia bipersonale il cui potenziale propulsivo è tuttora vitale.

Il secondo capitolo ("Trauma, memoria, cura") entra nel merito del dibattito attuale sui disturbi della memoria, sui processi neurofisiologici che vi partecipano, sulla *repressed memory controversy*, e sui meccanismi scissionali correlati. Sul piano terapeutico, l'analisi del paziente traumatizzato solleva con prepotenza il tema della

conoscenza dell'altro attraverso il legame transferale, e fa considerare sotto una luce del tutto particolare la contrapposizione tra il modello dell'analista-specchio e quello dei paradigmi orientati a una *self-disclosure* motivata e prudente. Il paziente gravemente traumatizzato, divenuto suo malgrado «poppante saggio» (S. Ferenczi [1923], in: *Opere, 1919-1926*, vol. III. Milano: Raffaello Cortina, 1992, p. 184), ha «una straordinaria capacità di intuire le richieste dell'ambiente e di decifrare le forme non verbali di comunicazione, non escluso un certo livello di telepatia con il terapeuta» (p. 87). Ciò ha conseguenze rilevanti per la conduzione dell'analisi, nella quale la sensibilità del paziente richiede di essere riconosciuta, anche di fronte a intuizioni riguardanti l'affettività inconscia dell'analista che, se ignorate o sottovalutate, metterebbero il paziente in conflitto con le proprie percezioni, già violentemente sradicate dalla relazione traumatica.

L'ultimo e più drammatico capitolo del libro di Clara Mucci è quello che riguarda gli studi psicoanalitici sui sopravvissuti della Shoah e sulle due generazioni successive, eredi di un conflitto traumatico trasmesso per via transgenerazionale. Se «sopravvissuto è chi è venuto a contatto con la morte in qualche modo corporeo o psichico rimanendo vivo» (p. 123), per gli ebrei scampati allo sterminio questa descrizione appare insufficiente a cogliere la profondità dell'abisso nel quale ciascuno di essi si direbbe esser stato spinto singolarmente, in una forma tanto personalizzata da sembrare confezionata dalle mani della madre stessa. Del resto la distruzione della «sicurezza di base» è stata tanto intenzionale che ognuno di loro ha sperimentato la propria anima uccisa giorno per giorno, all'interno di un corpo condannato a vivere il tempo necessario per essere spettatore della propria carneficina.

L'isolamento psichico e sociale dei sopravvissuti, assieme alla difficoltà controtransferale di stare a contatto con un dolore insostenibile, hanno fatto sì che dei trattamenti delle vittime di prima generazione siano rimaste scarse e contrastanti notizie, anche di fronte agli elementi clinici raccolti dal governo della Repubblica Federale Tedesca al fine di tentare di risarcire le vittime, almeno dal punto di vista economico, previo accertamento psichiatrico dei danni subiti. Per più ragioni tale progetto non andò a buon fine. Negli ex-internati maggiormente lucidi vi era, secondo Elie Wiesel, la consapevolezza che, se avessero cominciato a raccontare, avrebbero avuto difficoltà a fermarsi e che con ogni probabilità non sarebbero stati creduti.

Miglior fortuna ebbero gli studi clinici sulle generazioni successive a quella dei sopravvissuti, iniziati dal "Gruppo per lo Studio Psicoanalitico sulla Seconda Generazione" fondato a New York nel 1974 e da gruppi di sostegno sorti in Israele e negli USA. I sopravvissuti che erano stati perseguitati da bambini rischiavano ora di identificarsi con genitori vissuti come abbandonici, diventando essi stessi genitori trascuranti; oppure con i carnefici, assumendo essi stessi atteggiamenti persecutori.

Gli studi sui sopravvissuti alla Shoah di prima e seconda generazione (e, in qualche misura, anche di terza), danno la dimensione dell'irreparabilità del trauma per chi lo subì direttamente: se la prima generazione fu colpita dal trauma "reale", soltanto dalla seconda in poi è stato possibile accedere a una elaborazione fantasmatica. Nel *lager* la distruzione della «sicurezza di base» aveva generato una commistione tra realtà interna e realtà esterna tale da annullare l'area intermedia che consente lo sviluppo della simbolizzazione. Se i sopravvissuti erano condannati all'anedonia, alla depressione e all'incapacità di narrare l'esperienza traumatica e di

elaborarne il lutto, tali funzioni erano demandate alle generazioni successive. Leggendo il libro della Mucci, si rimane impressionati di fronte ad affermazioni come quelle di Cohen e Kinson, secondo i quali, nei sopravvissuti della Shoah, «l'oggetto primario era così incompatibile con la sopravvivenza del Sé da dover essere distrutto» (p. 139).

Dunque, qualcosa va oltre le nostre peggiori aspettative: se al centro della scena analitica vi è un oggetto incompatibile con la sopravvivenza del Sé a causa della sua bontà e integrità, e non più di sue caratteristiche negative (com'era l'oggetto conosciuto dalla psicoanalisi per essere investito di affetti erotici o aggressivi, o deteriorato dagli attacchi sadici della posizione schizo-paranoide, o insufficientemente buono, o deprivante, o intrusivo, o estrattivo, ecc.) allora l'intero universo è capovolto, allora tutto è perduto. Perché anche nelle situazioni di più grave carenza ambientale noi non abbiamo altra risorsa che mantenere la rotta verso un oggetto primario buono, anche ridotto a un piccolo frammento come *Orpha*, l'elemento sopravvissuto alla catastrofe che – nell'analisi di R.N., famosa paziente di Ferenczi (vedi il *Diario clinico*) – si fa principio riorganizzatore per ricomporre ciò che ha perduto unità e ricostruire un oggetto interno. Qui, invece, qualcosa di ben più radicale, di irrimediabilmente definitivo è accaduto: il progetto di spoliazione dell'anima prima che del corpo degli ebrei si fa concretamente visibile in tutta la sua efferatezza. L'oggetto interno, quali che ne siano state la consistenza e la vitalità pre-traumatiche, è distrutto per mano del soggetto medesimo, perché le sue residue caratteristiche di bontà sono ormai incompatibili con la sopravvivenza. E – temiamo – nessuna restaurazione sarà mai più possibile, se esso è diventato indistinguibile dall'aggressore.

All'analista non resterà forse altra soluzione che amare e con-patire da lontano il proprio paziente. Per i grandi ustionati, nel corpo o nell'anima, anche una carezza può essere insopportabilmente dolorosa.

Gianni Guasto