

# Tempi e controtempi del trauma

Emanuela Mundo\*

«[...] tutti i draghi della nostra vita sono forse principesse,  
che attendono solo di vederci un giorno belli e coraggiosi.  
Forse ogni terrore è nel fondo ultimo l'infermità che da noi vuole aiuto».  
Rainer Maria Rilke<sup>1</sup>

*Abstract:* The paper provides an overview of the effects of trauma that injured subjects experience throughout different times of their lives, including the time of traumatic damage reparation. The concepts of repetition and secondary traumatization will be discussed together with what may affect the different professionals who deal with trauma victims, including vicarious traumatization. In particular, the many faces of dissociative phenomena, which are strictly related to traumatic damage, will be described with respect to their extension beyond the self of the victim. In this context, the major aim will be the recognition of dissociative states in different settings (clinical and not clinical). The paper will provide strategies to undo the dissociation, which is toxic for both the psyche and the body of the traumatized subjects and for those who encounter them. Some neurobiological aspects of dissociation will be also discussed. Finally, the concept of wounded healer and its application to traumatized subjects will be also described and commented upon.

*Keywords:* Trauma, dissociation, vicarious traumatization, wounded healer.

## 1. Trauma e ferite traumatiche: eventi, rimozioni, ripetizioni

Nel film *Il danno*, di Louis Malle (1992), tratto dall'omonimo romanzo di Josephine Hart<sup>2</sup>, la protagonista, Anna, vittima di un trauma che non viene

\* Psichiatra, psicoanalista, socia con funzioni didattiche presso l'Associazione Italiana di Psicologia analitica (AIPA) e l'International Association for Analytical Psychology (IAAP), socia di Litorale (Cultura, ricerca e formazione in psicoanalisi), docente presso l'Istituto Lacaniano di Psicoterapia.

<sup>1</sup> R.M. Rilke, *Lettere a un giovane poeta* (1929), Adelphi, Milano 1980.

<sup>2</sup> J. Hart, *Il danno*, Feltrinelli, Milano 1991.

mai svelato in un solo tempo, ma a cui viene sempre alluso efficacemente, afferma: «Chi ha subito un danno è pericoloso. Sa che potrà sopravvivere». L'enunciato certamente induce un effetto e un affetto particolari in ognuno di noi, e molti ricordano quella frase come la chiave di volta (o di svolta) del film più che non il finale drammatico. Quella frase contiene una parte di verità, quella possibile a dirsi e, di fatto, dovrebbe farci pensare al significante “pericoloso” perché un soggetto traumatizzato può essere pericoloso, soprattutto nei confronti di sé stesso, nella coazione a ripetere di cui ci parla Sigmund Freud<sup>3</sup> e come ci ricorda il film (la protagonista, che ha subito il trauma del suicidio del fratello in un contesto incestuoso, inconsciamente lo ripete programmando di sposare un giovane uomo dal sembiante molto simile al fratello stesso), può anche attraversare, pericolosamente, diversi tempi particolari e inattesi del suo trauma, dei controtempi. Avviene un po' come nel jazz: una pausa, un silenzio sui tempi forti (per esempio, il trauma originario rimosso, o il momento della testimonianza del trauma attuale) e una o più note sui tempi della battuta che è quello che non ci si aspetta (il trauma attuale), ancora un silenzio, e ancora un suono più forte quando il soggetto viene ri-traumatizzato, non solo a causa della sua intrinseca coazione a ripetere ciò che l'ha ferito in prima battuta, ma anche dalle contingenze che seguono il trauma, il soccorso, le vicende giudiziarie cui può andare incontro che, per quanto con intento riparativo, non possono che provocare nel traumatizzato un altro (contro) tempo traumatico.

Da un punto di vista fenomenologico, il “danno” è ciò che proprio si riferisce al trauma: è ciò che un'esperienza d'invasione, improvvisa, inaspettata e che lascia il soggetto impotente – detta “esperienza traumatica” – induce nel soggetto. Questa esperienza lascerà sempre una traccia nel corpo, una ferita che potrà essere più o meno riparata e diventare cicatrice. Il trauma s'incarnerà nel soggetto, così come la ri-traumatizzazione che segue l'evento di effrazione quando viene svelato e poi attraversa tutte le fasi non solo della cura ma anche del perseguimento della giustizia. Questa ri-traumatizzazione rappresenterà ulteriori tempi del trauma che necessitano di essere gestiti con una certa competenza poiché, ribadisco, il corpo, quasi più della psiche del soggetto, ne è affetto, subisce un effetto. «Il corpo accusa il colpo» dice van der Kolk<sup>4</sup> oppure, in una traduzione migliore dell'originale «*The body keeps the score*», “Il corpo tiene il punteggio” di un trauma originario che può essere stato rimosso (quasi sempre lo è), di quello attuale, della ri-traumatizzazione derivante dalla coazione a ripetere e dalla sua testimonianza all'altro, all'altro del soccorso, della giustizia e della cura. Il corpo viene vissuto come paralizzato, isolato, oggetto di effrazione, senza nome e senza parole per descriversi e circoscriversi nello spazio e nel tempo. Il tempo del trauma è un tempo,

<sup>3</sup> S. Freud, *Al di là del principio di piacere* (1920), in *Opere*, vol. IX, Bollati Boringhieri, Torino 1989.

<sup>4</sup> B. Van der Kolk, *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2015.

come vedremo, in parte alieno e sconosciuto (o conosciuto e non pensato, come si direbbe citando il titolo di un volume di Christopher Bollas<sup>5</sup>); è un tempo interrotto, un momento eternalizzato cui si torna continuamente<sup>6</sup> sia inconsciamente che nella realtà, durante tutti i passaggi che seguono un'effrazione della soggettività e che vanno dal soccorso, alla denuncia, agli interrogatori durante tutte le conseguenze giudiziarie. Il tempo, cui il soggetto torna continuamente, suo malgrado, e con una modalità che segue il linguaggio dell'inatteso del jazz<sup>7</sup> è un tempo estremamente delicato, contiene in sé più tempi che, non infrequentemente, richiamano anche variazioni su tempi traumatici passati più o meno remoti. Quando incontriamo, in un soggetto, eventi traumatici, di fatto incontriamo quasi sempre delle ri-traumatizzazioni: nella maggior parte dei casi la testimonianza stessa è traumatica e attiva nuovamente i traumi passati e il trauma attuale, con le sue variazioni inattese.

Va ricordato che il danno che l'esperienza traumatica induce dipende dal tessuto soggettivo che incontra l'inatteso irrompente, dalla sua predisposizione storica a esso, dal fatto che quell'incontro è, di fatto, quasi sempre un secondo incontro cui potranno seguirne altri, quasi inevitabilmente. Questo danno che si ripresenta in più tempi e controtempi eccede le possibilità di elaborazione del soggetto, è un «vero nome del reale»<sup>8</sup>, come afferma Jacques Lacan, ovvero un evento che non può essere simbolizzato, il che significa che non è possibile dare un senso, coerente e psicologicamente viabile, a un episodio che travolge, inaspettatamente, la vita del soggetto.

Per tale motivo chi cura, soccorre, o assiste, deve necessariamente (eticamente, dalla sua posizione) incontrare questo danno consapevole degli effetti che questo incontro avrà sul soggetto traumatizzato e su di sé. E da questa posizione d'incontro deve cercare di “contrattare” con il soggetto una certa significazione del trauma, quella possibile, perché non tutto potrà mai avere un senso: resterà sempre qualcosa dell'ordine del non dicibile, del “reale”, di cui non si potrà mai dire<sup>9</sup>.

Dice François Ansermet ne *La clinica dell'origine* che nell'anamnesi ci sono sempre amnesie<sup>10</sup>. Questo ha a che fare certamente con quello che chiamiamo “il rimosso”, ma anche con quel qualcosa di eccessivamente sensoriale, che conosciamo ma non pensiamo, non solo non ricordiamo, ma non possiamo dire a parole, ma che fa comunque parte del tessuto della nostra storia.

<sup>5</sup> C. Bollas, *L'ombra dell'oggetto. Psicoanalisi del conosciuto non pensato* (1987), Borla, Roma 2001.

<sup>6</sup> E. Mundo, *Neuroscienze per la psicologia clinica. Le basi del dialogo mente-cervello*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2009, p. 89.

<sup>7</sup> M. Franco, *Il jazz e il suo linguaggio*, Unicopli, Trezzano sul Naviglio 2005.

<sup>8</sup> J. Lacan, *Il Seminario. Libro XXIII. Il sinthomo* (1975-1976), Astrolabio Ubaldini, Roma 2006, p. 117.

<sup>9</sup> E. Mundo, *Il trauma dell'incontro*, in E. Mundo, F. Lolli, (a cura di), *La clinica psicoanalitica del trauma*. Disponibile online al sito: [www.litorale.org](http://www.litorale.org), 2022.

<sup>10</sup> F. Ansermet, *La clinica dell'origine. Il bambino tra medicina e psicoanalisi*, Franco-Angeli, Milano 2004.

Questo è un punto che spesso fa questione nella ricostruzione dei fatti, nelle testimonianze, negli interrogatori cui il traumatizzato può essere sottoposto.

Per approfondire alcune delle ragioni di queste amnesie facciamo riferimento al fatto che le memorie traumatiche avendo a che fare con il corpo, con la sensorialità del corpo e con il corpo pulsionale, hanno una maggiore affinità per una particolare regione cerebrale, sulla quale torneremo successivamente per affrontare meglio come essa venga affetta dal trauma. Per ora ci basti ricordare che in questa regione cerebrale si deposita tutto ciò che non si può narrare, tutto ciò che ha troppo di reale e che questo che chiamiamo reale «è l'ambito di ciò che sussiste fuori dalla simbolizzazione»<sup>11</sup>.

In sintesi, l'incontro, da qualunque posizione esso avvenga, con il soggetto che ha subito un danno traumatico implica sempre diversi livelli e diversi tempi (e controtempi) di difficoltà.

## 2. Trauma, sopravvivenza, dissociazione

Nel suo libro *Coming into Mind* Margaret Wilkinson<sup>12</sup> prende in considerazione e approfondisce le interazioni tra psiche ed esperienze traumatiche. Cosa succede al soggetto, alla sua psiche e al suo sistema neurobiologico quando avviene l'impatto con quell'evento inaspettato, improvviso, che rende totalmente impotenti e senza possibilità di parola, di semantizzare ciò che accade? Lacan lo ha chiamato il «fuoco freddo», affermando che «il trauma è il vero nome del reale [...] e il reale è fuoco freddo»<sup>13</sup> (descrizione precisa e icastica che richiama il *freezing*, quale epifenomeno dell'effetto traumatico). Ciò che accade non è dicibile, e la psiche del soggetto deve trovare il modo di sopravvivere all'urto con l'eccesso di reale non significabile. Come sopravvive il soggetto all'impatto con ciò che non si può dire, né rappresentare? Ciò che sfugge al contenimento simbolico? Con la dissociazione. «Non mi sono mai sentito così profondamente e allo stesso tempo così distaccato da me e così presente nel mondo». Questa, a mio parere, è una delle descrizioni più efficaci e precise dell'esperienza dissociativa. Attribuita ad Albert Camus, di fatto è tratta da un bel film di Tony Kaye del 2011, dal titolo *Detachment* (Il distacco), piuttosto evocativo. La dissociazione è un fenomeno proteiforme che varia da soggetto a soggetto e anche nello stesso soggetto a seconda dei tempi e delle condizioni dell'evento traumatico e della sua rivisitazione. Permette al traumatizzato di distaccarsi psichicamente da quella esperienza che non ha nome se non quello del dolore<sup>14</sup>. I fenomeni dissociativi variano dai più comuni

<sup>11</sup> J. Lacan, *Risposta al commento di Jean Hyppolite* (1954), in *Scritti*, Vol. I, Einaudi, Torino 1974, p. 381.

<sup>12</sup> M. Wilkinson, *Coming into Mind*, Routledge, London 2006.

<sup>13</sup> J. Lacan, *Il Seminario. Libro XXIII. Il sinthomo* (1975-1976), Astrolabio Ubaldini, Roma 2006, p. 117.

<sup>14</sup> P. Bromberg, *Clinica del trauma e della dissociazione* (1998/2001), Raffaello Cortina Editore, Milano 2007.

(conversione e depersonalizzazione/derealizzazione) ai più rari (ovvero il Disturbo Dissociativo dell'Identità – DID – con la sua variabilità di espressione clinica<sup>15</sup>). I fenomeni correlati al trauma sono spesso non perfettamente distinguibili l'uno dall'altro; di fatto, possono essere considerati e osservati come un cambiamento rapido e, frequentemente, in controtempo, da un fenomeno all'altro di intensità variabile. Gli effetti clinici che possiamo osservare nei soggetti traumatizzati sono correlati ai cambiamenti che il trauma induce anche a livello neurobiologico e che sono oggetto di studio in una ricerca in continua evoluzione<sup>16</sup>. Tra questi cambiamenti indotti dal trauma deve essere prestata particolare attenzione al cosiddetto fenomeno del *kindling* (sensibilizzazione), un fenomeno che io ritengo di particolare rilevanza sia per il soggetto traumatizzato sia per colei o colui che lo soccorre o lo cura. Secondo il modello del *kindling* il trauma sensibilizza il soggetto in una maniera tale per cui anche uno stimolo non eccezionale e, talora, non inatteso (definito anche “sottosoglia”) evoca le stesse risposte che evoca l'eccezionalità dell'incontro con l'esperienza traumatica. Questa è un'osservazione piuttosto comune: basta un colore, un odore, un suono, un qualsiasi stimolo sensoriale che per il soggetto non traumatizzato è piacevole o neutro che la vittima di trauma reagisce con sentimenti di disgusto, terrore e, talora, dissociazione, come se l'evento eccedente e che ha fatto trauma si stesse verificando di nuovo in quel preciso momento.

Cosa accade quando incontriamo un soggetto traumatizzato? Questo incontro può diventare un'esperienza traumatica, che chiamiamo vicaria, che necessita di essere riconosciuta ed elaborata all'interno e all'esterno dell'incontro medesimo. La gestione della dissociazione nel setting clinico con i pazienti traumatizzati è un argomento di primaria importanza per l'esito della cura psicoanalitica ma è anche una questione che si pone a chi si accosta a chi ha subito il danno traumatico in un iniziale atto di soccorso e negli atti successivi di assistenza a diversi livelli. Per questo motivo una parte del libro della Wilkinson è dedicata a quello che l'autrice definisce «*undoing dissociation*» (letteralmente significa “annullare la dissociazione”, ma una traduzione più corretta sarebbe “disfare la dissociazione”), processo necessario per il traumatizzato e per chi lo incontra non solo per ragioni psichiche ma anche per precise ragioni neurobiologiche. Infatti, sebbene la dissociazione sia una difesa comune nei confronti dell'impatto con il trauma non va dimenticato che essa è un prezzo da pagare per sopravvivere e che anche questo prezzo s'incarna nel corpo, proprio come il trauma stesso. Le esperienze traumatiche sono “colpi”, urti, in quanto incontri improvvisi, inaspettati ed eccezionali che rimangono in-corporati nel soggetto, nella memoria così come nelle sinapsi del suo cervello, le quali possiedono, un certo grado di plasticità.

<sup>15</sup> L. Muzi, V. Lingiardi, E. Mundo, *Pattern sintomatologici: l'esperienza soggettiva. Asse S*, in V. Lingiardi e N. McWilliams (a cura di), *Manuale Diagnostico Psicodinamico, terza edizione (PDM-3)*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2025.

<sup>16</sup> E. Mundo, *Trauma and dissociation. A psychodynamic perspective*, in L. Zoppi, M. Schmidt (eds.), *The complexity of trauma*, Routledge, Oxtan-New York 2025.

Alcuni autori hanno definito il trauma come la «malattia della plasticità»<sup>17</sup>, una definizione che suggerisce il fatto che gli eventi traumatici inducono un danno a livello delle connessioni sinaptiche e sulla possibilità di creare nuove connessioni (utili per lo sviluppo dei processi di memoria e apprendimento) tra i neuroni nelle diverse aree cerebrali. Detto ciò, rimane il fatto che la dissociazione deve essere risolta, sia essa della vittima (primaria) o di chi la incontra o la cura (vicaria) e prima di risolverla va riconosciuta come tale.

I fenomeni dissociativi sono proteiformi, vengono avvertiti come una involontaria perdita parziale o completa dell'unitarietà di coscienza, e come una difficoltà nel riconoscere come propri gli accadimenti psichici e come controllabili i movimenti corporei. La dissociazione è interpretata come un meccanismo di difesa che agisce in modo che contenuti psichici intollerabili vengono sottratti dalla memoria consapevole e scissi in una coscienza parallela, in stati paralleli del Sé, come afferma Bromberg, che parla di "spazi dissociativi" o "isole dissociative"<sup>18</sup>. Vi è un'ampia evidenza empirica del fatto che la dissociazione si sviluppi in difesa da un trauma, permettendo di creare un compartimento in cui nascondere l'esperienza e l'eccedenza di affetto e di effetto che si accompagna a essa, senza però abbandonarla<sup>19</sup>. Prima di Bromberg, Ferenczi nel *Diario Clinico* (1932) affermava:

Nessuna possibilità di sfogarsi piangendo per un'ingiustizia subita o lamentandosi con una persona comprensiva. Soltanto allora il mondo reale, quale esso è, diventa così insopportabile, il sentimento di ingiustizia, lo stato di impotenza e la mancanza di ogni prospettiva di miglioramento diventano così assoluti che l'Io si ritira dalla realtà senza tuttavia abbandonare se stesso<sup>20</sup>.

Un aspetto rilevante della dissociazione è il suo specifico dispiegarsi oltre che nel mondo interiore del soggetto anche nella sfera interpersonale. Questa proprietà di "estensione" al di fuori della dimensione del soggetto del trauma trova particolare espressione in chi si avvicina al traumatizzato, per soccorrerlo, assisterlo o curarlo. Infatti, lo stato psichico e fisico di chi incontra il soggetto che ha subito un trauma può modificarsi in risposta ai cambiamenti del soggetto traumatizzato stesso e viceversa, in una maniera tale che la dissociazione può presentarsi come un evento che appartiene a entrambi in ugual misura. Chi incontra il soggetto traumatizzato nei suoi diversi tempi, può sperimentare la dissociazione cosiddetta vicaria, e deve riconoscere che questo è l'effetto (traumatico, appunto) che le parole (o, meglio, l'assenza di parole) del trauma hanno su chi le incontra.

<sup>17</sup> F. Ansermet e P. Magistretti, *A ciascuno il suo cervello. Plasticità neuronale e inconscio* (2004), Bollati Boringhieri, Torino 2008, p. 129.

<sup>18</sup> P. Bromberg, *Clinica del trauma e della dissociazione*, cit.

<sup>19</sup> *Ibidem*.

<sup>20</sup> S. Ferenczi, *Diario Clinico* (1932), Raffaello Cortina Editore, Milano 1998, p. 119.

### 3. I molti volti della dissociazione

Il riconoscimento e il trattamento della dissociazione è difficile poiché essa può apparire con fenomeni differenti e, talora, di difficile decodifica (la conversione, la depersonalizzazione/derealizzazione e la dissociazione complessa fino al Disturbo Dissociativo dell'Identità – DID)<sup>21</sup>. Inoltre, non è infrequente osservare fenomeni dissociativi che si sovrappongono o che si alternano l'uno con l'altro all'interno di uno stesso contesto o di una stessa seduta o in contesti o sedute diverse con lo stesso soggetto.

Il termine “conversione” è stato coniato da Freud e connesso alla diagnosi di isteria<sup>22</sup> per descrivere sintomi prevalentemente neurologici (ma anche somatici) che non erano correlati a una condizione medica organica. Questi sintomi, che affliggevano il corpo, rappresentavano una risposta alla rimozione parziale o di un evento intollerabile, o di desideri o impulsi inaccettabili che producevano un eccesso di eccitazione del sistema psichico. Freud originariamente attribuì tale eccesso di eccitazione a un trauma esterno. Con il noto concetto del “vantaggio secondario” suggerì che per un soggetto fosse meglio soffrire di un certo sintomo fisico piuttosto che essere consapevole di desideri o impulsi sconvenienti, o di eventi eccedenti. La *belle indifférence* del paziente nei confronti dei suoi sintomi era l'espressione di questo vantaggio. Sebbene i sintomi disturbino il paziente sono preferibili alla consapevolezza dell'alternativa traumatica che è, invece, intollerabile<sup>23</sup>.

In termini generici la conversione si riferisce a qualsiasi sintomo di natura psicogena che assomiglia a un sintomo di natura organica, più frequentemente ma non esclusivamente neurologico, e che è correlato a una o più esperienze traumatiche. La diagnosi di conversione richiede che l'eziologia sia psichica ma la diagnosi finale è di solito fatta da un neurologo che esclude la presenza di fattori organici e che, quindi, invia il paziente a uno psichiatra o a uno psicoterapeuta.

È piuttosto comune osservare sintomi di conversione in soggetti traumatizzati e anche in coloro che soccorrono, assistono, raccolgono la testimonianza del possibile a dirsi del trauma. Queste figure professionali possono sperimentare sintomi simili o diversi da quelli del soggetto (traumatizzazione e dissociazione vicarie), ma sempre di natura somatica (per esempio, nausea, cefalea, disturbi sensitivi o della motricità, dolori localizzati o diffusi).

Nella depersonalizzazione/derealizzazione il sintomo centrale è il sentimento di distacco da sé, dal proprio corpo (depersonalizzazione), dall'ambiente o dal contesto sociale (derealizzazione) mentre l'esame di realtà è intatto. La depersonalizzazione può indurre sentimenti quali non sentirsi nel proprio corpo o sentire che quello in cui si è non è il proprio sé corporeo,

<sup>21</sup> L. Muzi, V. Lingiardi, E. Mundo, *Pattern sintomatologici: l'esperienza soggettiva. Asse S*, cit.

<sup>22</sup> S. Freud, J. Breuer, *Studi sull'isteria* (1895), in *Opere*, vol. I, Boringhieri 1977.

<sup>23</sup> E. Mundo, *Trauma and dissociation. A psychodynamic perspective*, cit.



come se il corpo fosse un ‘non-me’. L’esperienza frequentemente include l’intero corpo, più raramente alcune parti di esso che il soggetto avverte come “artificiali” o non controllabili dalla volontà. La depersonalizzazione ha una gravità variabile, può essere fonte di estremo disagio ma anche indurre una sorta di quiete, eccessiva e impropria rispetto alla situazione di malessere psichico sottostante. Nella derealizzazione, il mondo appare irreali come se fosse visto attraverso un vetro. Anche in questo caso può essere fonte di malessere o di paura per la propria situazione psichica ma anche portare a una quiescenza e a un sentimento di distacco a volte definito piacevole.

Chi incontra il traumatizzato può accorgersi che il soggetto sta sperimentando queste forme dissociative perché lo osserva stare in silenzio, essere monotono nell’eloquio, avere lo sguardo fisso nel vuoto oppure apparire come appiattito emotivamente. Ma ella/egli deve ricordare anche che il soggetto traumatizzato è profondamente connesso a se stesso, talmente connesso all’indicibile da doversi dissociare per sopravvivere, anche se appare profondamente distaccato. In altri termini quel distacco, in maniera apparentemente paradossale, è l’unica possibilità di connessione con quella parte di esperienza psichica senza significazione, fuori senso.

D’altro canto, colei o colui che avranno a che fare a diverso titolo e da diverse posizioni (cura, soccorso, assistenza, testimonianza) possono fare esperienza di una serie variabile di stati emotivi che includono il sentimento di vuoto, il sentimento di irrealtà, la sonnolenza, la tendenza a distrarsi oppure la noia. Potranno sentirsi persi, privi delle coordinate con le quali interagire con il soggetto dissociato, o, peggio, tentare di interpretare diversamente quello che osservano. In una situazione del genere deve essere sempre considerato il rischio di un *enactment*<sup>24</sup> da parte di chi si avvicina al soggetto dissociato, il che, nell’ambito della cura, può manifestarsi, per esempio, come una brusca interruzione della seduta non giustificata da un atto terapeutico, o, in altri contesti di assistenza, come una improvvisa interruzione del soccorso (magari affidato a qualcun altro) o a errori od omissioni nella raccolta della testimonianza.

Con i termini “dissociazione complessa” e “molteplicità dissociativa” mi riferisco sia a una forma di dissociazione più eclatante ma anche, e in maniera apparentemente paradossale, a un’espressione del fenomeno dissociativo di più facile decodifica. Per riconoscere e trattare meglio queste forme di dissociazione, è necessario sottolineare che i sintomi dissociativi possono apparire come negativi o positivi. I sintomi dissociativi negativi comportano il distacco da elementi psichici quali la memoria (amnesia dissociativa), la sensazione (anestesia da conversione), o l’affetto (appiattimento affettivo). I sintomi di dissociazione positivi sono l’intrusione di qualcosa come la ripetizione dell’esperienza sensoriale di un trauma (flashbacks, aumento

<sup>24</sup> Con *enactment* ci si riferisce alla messa in atto di comportamenti o schemi relazionali inconsci all’interno di una seduta psicoanalitica da parte dell’analista o di analista e soggetto della cura. In questo contesto il concetto viene esteso alle diverse figure professionali che possono avere a che fare con il soggetto dissociato.



dell'*arousal*) o qualunque altra intrusione di un affetto, di una sensazione o di un comportamento conseguenti all'evento che ha fatto trauma (un'azione, una vocalizzazione involontaria, un atteggiamento bizzarro o inappropriato). Un'altra forma relativamente rara di dissociazione complessa è la cosiddetta "molteplicità dissociativa" (o DID) che ha una prevalenza, nella popolazione generale, secondo quanto riportato nella nuova edizione del Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM-3) di circa 1,5%<sup>25</sup>.

Nel DID (storicamente conosciuto come "Disturbo da Personalità Multipla") sembra che ci sia più di un centro dell'esperienza soggettiva, autonomo, alternativamente dissociato o depersonalizzato/derealizzato. Nel DID ogni esperienza può essere vissuta come "estranea", "altra", come "non me".

Il soggetto principale, quello che più spesso interagisce con la realtà esterna, spesso viene definito l'"ospite". Egli può rimanere senza sintomi specifici per la maggior parte del tempo tranne che in quelle condizioni in cui fa esperienza del fatto che ci sono intervalli ricorrenti in cui "perde il tempo", ovvero sperimenta un'amnesia dissociativa. Questi soggetti possono scoprire qualcosa del loro comportamento manifesto grazie a evidenze esterne oppure dal racconto di altre persone che hanno assistito a quanto accaduto durante gli intervalli amnestici. Il ruolo di "ospite" è proprio questo e, nel corso del tempo, può essere assunto da diversi alter-ego, definiti, nel DID, come "alias".

Se il soggetto alternativo compare in un determinato contesto, questi verosimilmente potrebbe, in maniera piuttosto sorprendente, non avere sintomi e potrebbe anche essere in grado di fornire un resoconto coerente della propria esperienza vissuta. Di solito, gli alias sono inconsapevoli dell'ospite e/o della presenza di altri "alias". Per contro, l'ospite durante una terapia o una testimonianza può sperimentare sintomi dissociativi che possono includere amnesia, depersonalizzazione, derealizzazione e qualsiasi varietà di fenomeni di "intrusione". Intrusioni (e sospensioni della coscienza) possono includere le voci degli "alias", flashbacks, annullamento delle emozioni, pensieri o impulsi intrusivi, o terrore senza nome.

Nei casi clinici di trauma cronico e/o ripetuto con esordio nell'infanzia, il soggetto si trova a dovere far fronte a diversi modi di essere e di fare esperienza di sé. Questo porta a un'incapacità di comprendere cosa è successo o cosa sta succedendo in un determinato momento o contesto. Il risultato è una sorta di segregazione dell'emotività, del comportamento e dell'esperienza che impedisce la costruzione di una narrazione autobiografica coerente, a frequenti contraddizioni che sono l'epifenomeno di una profonda alterazione della soggettività<sup>26</sup>.

<sup>25</sup> L. Muzi, V. Lingiardi, E. Mundo, *Pattern sintomatologici: l'esperienza soggettiva*. Asse S, cit.

<sup>26</sup> Ivi, p. 880.

#### 4. *Disfare e disfarsi della dissociazione*

L'incontro con chi ha subito un danno traumatico è sempre un'esperienza eccezionale che richiede attenzione e cura. In particolare, quando il soggetto è dissociato si può avvertire un sentimento poco tollerabile d'impotenza, se non si è trattata bene la propria strutturale castrazione, la mancanza e il limite che sono insiti in noi stessi e che dobbiamo riconoscere e valorizzare; d'altro canto, ci si può sentire fin troppo sicuri degli strumenti che utilizziamo e prestare più attenzione a quelli (in maniera difensiva) che non ai tempi e ai controtempi traumatici del soggetto. Per esempio, le diverse figure che si prendono cura di chi ha subito un trauma devono confrontarsi con diversi rischi e diverse complessità che la situazione clinica può presentare (flashbacks, tendenza all'*acting out* o al passaggio all'atto). Oltre alla riedizione del trauma, che la cura, la testimonianza o l'assistenza a vari livelli necessariamente implicano, un rischio piuttosto frequente è quello già menzionato della traumatizzazione vicaria, con conseguente dissociazione (sempre definita vicaria) di chi a quella cura, testimonianza o assistenza viene chiamato.

La psicoanalisi e, per certi versi, la neurobiologia ci possono venire in aiuto. Sappiamo che la dissociazione deve essere "disfatta", ovvero risolta perché è un prezzo troppo alto da pagare per il paziente, per chi lo incontra e per i loro corpi (ricordiamo che il trauma è sempre un effetto di corpo, lascia un segno nel corpo). Dopo l'impatto traumatico e durante la dissociazione si verifica una sorta di sbilanciamento tra la funzionalità di due strutture fondamentali del nostro cervello: l'amigdala (che è deputata a raccogliere le esperienze sensoriali, non semantizzabili) diventa iperattiva mentre l'ippocampo (deputato a raccogliere le esperienze che possono essere narrate, la cosiddetta memoria semantica, autobiografica, "l'anamnesi senza amnesie") riduce la sua attività e addirittura la sua dimensione se il trauma avviene in maniera ripetuta e a partire dall'età evolutiva<sup>27</sup>. Pertanto, dobbiamo trovare il modo di bilanciare la funzione di queste due strutture cerebrali (e delle loro connessioni complesse con altre regioni cerebrali) utilizzando due strumenti fondamentali: la parola e l'*holding*<sup>28</sup>. La parola non può essere una parola qualunque e, soprattutto, detta in un modo qualunque. Sappiamo che anche la parola può essere una ferita e che può curare, ma quando abbiamo a che fare con un soggetto traumatizzato dobbiamo considerare con attenzione il fatto che la parola può diventare un'ennesima ferita sulla ferita ancora aperta rendendo più difficile l'effetto di cicatrizzazione della parola stessa. Una parola troppo

<sup>27</sup> E. Mundo, *Neuroscienze per la psicologia clinica. Le basi del dialogo mente-cervello*, cit.

<sup>28</sup> L'*holding* è un termine introdotto dallo psicoanalista Donald Winnicott che si riferisce a una funzione di contenimento (di solito svolta dalla madre o dalla figura primaria di accudimento) fisico e psicologico del neonato. È una funzione fondamentale che permette al bambino di fare esperienza del sentimento di sicurezza e protezione e di modulare le sue risposte emotive. In psicoterapia il terapeuta può fornire *holding* al paziente creando uno spazio sicuro in cui esprimere le proprie emozioni, soprattutto quelle che, altrimenti, sarebbero insopportabili.

affilata, un significante troppo preciso detto in fasi troppo precoci, quando ancora sono attivi tutti i meccanismi dissociativi, può peggiorare la dissociazione stessa. La Wilkinson<sup>29</sup> arriva a sostenere l'importanza del tono della voce di chi parla a chi ha subito un danno traumatico più di quello che veicola: il tono della voce deve essere modulato come con "colori pastello", evitando i "colori primari", perché il sistema psichico del soggetto non è pronto né a ulteriori ferite né tanto meno all'affilatura dell'interpretazione, sia essa sul significante o sul significato. A volte bisogna avere la forza di sottrarsi a un atto di parola che si ritiene preciso per quel soggetto perché il momento non è quello opportuno e quell'atto, per quanto sofisticato, preciso e proveniente da una posizione corretta, cadrà nel nulla nella migliore e meno probabile delle ipotesi oppure, più frequentemente, peggiorerà la dissociazione.

L'*holding* deve essere messo in atto con estrema attenzione: ogni contatto fisico dovrebbe essere evitato o fatto con estrema delicatezza, fosse anche una stretta di mano, e sempre accompagnato da una parola "a colori pastello". L'incontro con il soggetto traumatizzato avviene spesso in un contesto imprevedibile e il setting, la cornice di quell'incontro, non può essere così standardizzato come nella psicoterapia analiticamente orientata. Se c'è la possibilità è sempre bene mantenere un contatto visivo con il soggetto dissociato e un'espressione facciale empatica: l'espressione del volto può essere un ottimo strumento al servizio dell'*holding*, ma bisogna prestare estrema attenzione nell' esporre il soggetto a un'empatia eccessiva, o a espressioni di disgusto, paura o ansia<sup>30</sup>. Esprimere un'eccessiva empatia così come paura o preoccupazione per lo stato psichico del traumatizzato può aumentare le reazioni dissociative che possono a loro volta aumentare la sensibilizzazione e l'iperattività dell'amigdala, peggiorando il malessere.

D'altro canto, in un setting terapeutico classico, per esempio sul lettino, l'*holding* può essere uno strumento molto efficace anche senza l'ausilio dello sguardo, utilizzando un particolare tono di voce e alcuni significanti non "taglianti" (magari le parole "rituali" che fanno parte del lessico terapeuta-paziente in alcuni particolari momenti di difficoltà e che si costruisce nel corso della cura).

Quando *kindling* (e dissociazione) si manifestano, gli ormoni dello stress (per esempio, i glucocorticoidi) vengono rilasciati nel circolo sanguigno provocando un ulteriore danno a quelle strutture cerebrali già danneggiate dal trauma nella loro plasticità<sup>31</sup>. In particolare, di ciò risente l'ippocampo che è la regione cerebrale con il maggior numero di recettori per i glucocorticoidi. Questo significa che la dissociazione che si verifica in un soggetto traumatizzato influisce negativamente sulla regione cerebrale che già era stata danneggiata

<sup>29</sup> M. Wilkinson, *Coming into Mind*, cit.

<sup>30</sup> M. Beauregard, *Mind does really matter: Evidence from neuroimaging studies of emotional self-regulation, psychotherapy, and placebo effect*, in *Progr. in Neurobiol.*, 81(4), 2007, pp. 218-236.

<sup>31</sup> F. Ansermet e P. Magistretti, *A ciascuno il suo cervello. Plasticità neuronale e inconscio*, cit.; E. Mundo, *Neuroscienze per la psicologia clinica. Le basi del dialogo mente-cervello*, cit.

dall'evento o dagli eventi traumatici originari e dalla conseguente dissociazione. Il funzionamento dell'ippocampo sarà ulteriormente compromesso con il risultato di uno sbilanciamento ulteriore del suo rapporto con l'amigdala che, per contro, sarà ancora maggiormente attivata. Questi effetti (eccesso di memorie sensoriali, un'ipersensibilità a stimoli esterni o interni e un'alterazione del senso del sé e della realtà) devono essere riconosciuti e modulati attraverso parola e *holding* poiché hanno un impatto sulle diverse aree cerebrali e sul modo in cui vengono prodotti gradi diversi di dissociazione e di comportamenti scomposti: questa è la risposta dovuta al *kindling*.

Un altro aspetto da considerare e sul quale la psicoanalisi ha insegnato alla neurobiologia consiste nel fatto che alcuni studi neurobiologici spiegano uno dei fenomeni clinicamente più rilevanti: la coazione a ripetere. Questo fenomeno è stato osservato da diversi psicoanalisti, tra cui Freud in prima istanza nel suo scritto *Ricordare, ripetere e rielaborare*<sup>32</sup> e, successivamente, in *Al di là del principio di piacere*<sup>33</sup>, in cui spiega la coazione a ripetere. Essa consiste nella tendenza di un soggetto a esporsi ripetutamente a situazioni che richiamano il trauma o i traumi originari precedenti, e nel riviverli nei sogni o negli agiti.

Alcuni ricercatori<sup>34</sup> hanno scoperto che la coazione a ripetere è associata al rilascio, a livello cerebrale, di oppioidi endogeni, sostanze che riducono il dolore oltre ad avere altri effetti che inducono sollievo fisico al corpo (sempre in primo piano quando si tratta di trauma). Questo meccanismo biologico potrebbe spiegare, almeno in parte, e certamente validare l'ipotesi freudiana e di molti autori successivi a Freud, secondo cui la vittima sviluppa una sorta di dipendenza dal mettersi in situazioni ri-traumatizzanti quali, per esempio, relazioni definite correntemente tossiche, caratterizzate da manipolazione, controllo e violenza fisica e/o psicologica. La gestione di questa particolare tendenza dovrebbe essere considerata uno degli obiettivi fondamentali della psicoterapia analitica con soggetti traumatizzati, considerando anche che quanto più verrà ri-traumatizzato o lasciato in balia della dissociazione il soggetto della cura nelle fasi iniziali tanto più questa dipendenza sarà coriacea.

Un aspetto che mi sento di sottolineare, sebbene sia più appropriato alle condizioni della cura psicoanalitica che non alle altre situazioni in cui figure professionali, in diversi contesti e da posizioni diverse, possono incontrare il soggetto traumatizzato, è quello del *transfert*.

Per Freud che ha coniato il termine "traslazione" (o "transfert") esso è l'insieme delle «riedizioni, copie degli impulsi e delle fantasie che devono essere risvegliati e resi coscienti durante il progresso dell'analisi, in cui, però – e questo è il loro carattere peculiare – a una persona della storia precedente

<sup>32</sup> S. Freud, *Ricordare, ripetere, rielaborare* (1914), in *Opere*, vol. VII, Bollati Boringhieri, Torino 1989.

<sup>33</sup> S. Freud, *Al di là del principio di piacere*, cit.

<sup>34</sup> A. Orlandini. *Repetition compulsion in a trauma victim: Is the "analgesia principle" beyond the pleasure principle? Clinical implications*, in *J. of Am. Acad. Psychoanal. and Dynam. Psych.*, 32(3), 2004, pp. 525-540.

viene sostituita la persona del medico»<sup>35</sup>. Per il traumatizzato la “figura del medico” di cui parla Freud può essere inizialmente attribuita anche a colei o colui che se ne prende cura nel momento del soccorso, della testimonianza o dell’assistenza legale. Lacan, in qualche modo sembra validare questa ipotesi, dal momento che definisce il transfert come l’emergere di una dimensione inconscia strutturale di cui il transfert è una formazione<sup>36</sup>.

Questo significa che la dimensione strutturale inconscia è propria di ciascun soggetto, anche se non è una figura medica, e, come tale, può declinarsi nei tre registri psichici, le dimensioni fondamentali che costituiscono l’esperienza umana: immaginario, simbolico e reale. Senza approfondire oltre questo argomento specifico, che richiederebbe una trattazione a sé, accenno al fatto che nell’incontro con chi ha subito un trauma il transfert deve, per quanto più possibile, essere mantenuto nella sua dimensione immaginaria, ovvero in quella del rapporto tra gli “io”.

Stabilire un transfert immaginario è diventare una sorta di compagno con cui sia non troppo difficile, se non piacevole e fonte di sollievo, fare un percorso parlando, il che significa stimolare una certa attivazione libidica nella parola che non sia enigmatica ma che possa veicolare qualcosa del senso. Spetterà poi al terapeuta, se possibile, fare attraversare al soggetto traumatizzato la dimensione simbolica (in cui, semplificando, il soggetto domanda di sapere, in prima battuta, in che modo è implicato in ciò che gli accade o gli è accaduto). Può essere necessario fare passare del tempo prima che si installi il transfert simbolico, anche nella cura analitica meglio condotta, perché l’atto di rilanciare in forma enigmatica e ricondurre al soggetto la domanda che fa al terapeuta, se intempestivo o troppo precoce, può richiamare quel silenzio e quell’assenza di significazione che hanno la stessa cifra della ferita traumatica. Il transfert simbolico può instaurarsi quando il soggetto traumatizzato sarà pronto ad avere a che fare con quel vuoto di significazione che il reale del trauma è stato, dopo un percorso in cui l’immaginario attribuito al terapeuta (e, collateralmente, alle altre figure di soccorso e assistenza) si è ben installato e la quota libidica eccedente è ben investita, e in maniera sufficientemente sicura, sulla parola. All’altro del transfert immaginario si portano domande transitive (con oggetto), come per esempio “fammi stare meglio”, e questo tempo va mantenuto più a lungo con il soggetto traumatizzato. Solo in tempo successivo, che è già quello della riparazione, possono avere spazio le domande “intransitive” (senza oggetto e senza risposta). Il terapeuta che si occupa delle vittime di trauma deve fare un atto di sottrazione dal sottrarsi troppo precocemente con il suo “io” per non rischiare una ri-traumatizzazione eccessiva. Ma, al contempo, non dobbiamo sottovalutare la potenza e la potenzialità del transfert immaginario, che si attiva con i terapeuti ma con tutte le

<sup>35</sup> S. Freud, *Poscritto a Frammento di un’analisi di isteria (caso clinico di Dora)* (1901), in *Opere*, vol. IV, Bollati Boringhieri, Torino 1989, p. 396.

<sup>36</sup> J. Lacan, *Il Seminario. Libro XI. I quattro concetti fondamentali della psicoanalisi* (1964), Einaudi, Torino 1979, p. 228.

figure che assistono, in tempi diversi, i soggetti traumatizzati. Non si tratta né di consolazione né di suggestione fine a se stessa ma della messa in sicurezza di un percorso di riparazione e cura. Quando il transfert immaginario è ben gestito e non inflazionato non è e non si ferma alla suggestione, ma è potenzialità riparativa e, in un secondo tempo, interpretativa.

## 5. *The wounded healer: cura e riparazione dell'altro (del) trauma*

Il concetto di “guaritore ferito” (traduzione italiana del più comune “*wounded healer*”) è stato reso popolare da Jung e si basa sul mito greco del centauro Chirone il quale, nonostante la sua sofferenza personale, divenne un capace guaritore<sup>37</sup>. La questione fondamentale in gioco nel concetto di guaritore ferito è che facilita la riparazione dell'altro traumatizzato perché, avendone fatto esperienza, sa che il potere di guarire le ferite è insito nel soggetto stesso. Come direbbe Lacan, c'è un soggetto, nel soggetto che «*ça parle*»<sup>38</sup>, ed è da lì, dalla posizione dell'inconscio, che si guarisce, non dall'esterno. La posizione del guaritore ferito ha una sorta di privilegio ereditato dalla sua esperienza. Lo sa, sa che si può sopravvivere al di là della dissociazione e della pericolosità della coazione a ripetere, anche se non ha potuto pensarlo. Lo sa perché ne ha fatto esperienza. Nell'incontro con il soggetto traumatizzato non darà indicazioni o, peggio, consigli, ma piuttosto faciliterà l'attraversamento della ferita nel soggetto stesso, con i suoi tempi e controtempi.

Anche se chi cura, soccorre o assiste è stato a sua volta traumatizzato e vive un ulteriore tempo dell'esperienza traumatica che certamente può ferirlo, questo può farne un guaritore migliore, soprattutto se l'esperienza traumatica che ha vissuto è quella che alcuni manuali definiscono di Tipo II (trauma interpersonale)<sup>39</sup>. Si tratta di un tipo di effrazione commessa da altri esseri umani su una o più persone. Questo tipo di esperienza traumatica si può verificare una sola volta o in un periodo limitato di tempo, ma può anche essere ripetuta per mesi o anni nelle diverse fasi della vita oppure essere cumulativa (come la definisce Masud Khan<sup>40</sup>). Il trauma interpersonale coinvolge tipicamente genitori o altre figure di accudimento di bambini, e prevede di solito la presenza di un soggetto che abusa della vittima e un altro che è negligente nella cura. Un'altra situazione tipica è quella di una relazione sentimentale tra due individui uno dei quali può essere traumatizzato dallo *stalking*, da

<sup>37</sup> G. Cruciani, M. Liotti, V. Lingiardi, *Motivation to become psychotherapists: beyond the concept of the wounded healer*, in *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 27, 2024, p. 809.

<sup>38</sup> J. Lacan, *La psicoanalisi e il suo insegnamento* (1957), in *Scritti*, vol. I, Einaudi, Torino 1974, p. 429.

<sup>39</sup> L. Muzi, V. Lingiardi, E. Mundo, *Pattern sintomatologici: l'esperienza soggettiva*. *Asse S*, cit., pp. 889-890.

<sup>40</sup> M.M.R. Khan, *Il concetto di trauma cumulativo* (1974), in *Lo spazio privato del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino 1992.

un comportamento aggressivo o violento. La dimensione interpersonale di questo tipo di trauma è particolarmente importante rispetto alla gravità dei sintomi che sono più gravi se il perpetratore è qualcuno che la vittima conosce (o qualcuno con cui la vittima ha una relazione che dovrebbe comportare assistenza o protezione). Inoltre, in questa circostanza è piuttosto comune riscontrare il cosiddetto “trauma di tradimento”. Una caratteristica comune di questo tipo di trauma è che quando il soggetto traumatizzato cerca aiuto dagli altri che non sono in grado di aiutarlo adeguatamente, o quando il soggetto viene colpevolizzato per l’evento traumatico, questo costituisce un ulteriore tempo traumatico di per sé. Quando si verifica questa circostanza e chi colpevolizza la vittima è un genitore, una figura di cura, di assistenza, o una figura giuridica, ciò diventa il nucleo fondamentale di quello che viene chiamato “trauma di tradimento”. Ma se chi è in quella posizione di cura, soccorso, assistenza legale ha subito un trauma ed è sopravvissuto, anche pagando il caro prezzo della dissociazione e di una cura, e ha significantizzato non tutto, ma ciò che è possibile significantizzare, può diventare un efficace *wounded healer*, perché non correrà, se adeguatamente formato, questo rischio, non correrà il rischio di tradire o tradirsi traumatizzandosi o dissociandosi in maniera vicaria. Per essere più precisi, potrà sempre correre questo rischio, ma probabilmente in misura minore di chi non ha fatto quella esperienza.

La clinica del guaritore ferito sembra essere, quindi, di fatto, la clinica del trauma e degli effetti del trauma ma anche la clinica della riparazione (e non della cancellazione o della abreazione) della o delle ferite. Questa clinica ha delle complessità che vanno affrontate, tra le quali l’inscindibile relazione tra trauma e i molti volti della dissociazione che, nei suoi diversi tempi, il *wounded healer* incontrerà come traumatizzazione e dissociazione vicarie. Tali complessità possono diventare degli strumenti preziosi per il riconoscimento e il trattamento di traumi antichi e attuali, ma anche possibilità d’inciampo da non sottovalutare. Per meglio comprendere l’importanza della posizione del guaritore ferito nella cura e non farne solo un’immagine evocativa, vorrei richiamare l’attenzione su alcuni degli strumenti della cura cui ho accennato prima: parola, *holding* e transfert. Non sono diversi per il guaritore ferito, solo che egli li sperimenta da una posizione privilegiata.

D’altro canto, è necessario sottolineare che il *wounded healer* deve essere formato adeguatamente perché se è vero che le ferite ci rendono guaritori migliori e che il concetto di guaritore ferito nasce proprio da questo, è altrettanto vero che incontrare un ulteriore tempo del trauma nell’incontro con il soggetto che lo ha subito è una sfida importante, anche umana. Una certa inflazione del transfert immaginario, per esempio, può indurre chi cura, soccorre o assiste a immergersi letteralmente nel trauma dell’altro e ciò può portare alla traumatizzazione e alla dissociazione vicarie che hanno come conseguenze l’esaurimento delle risorse emotive, il *burnout*, l’irritazione, la frustrazione, la presenza di sogni stressanti o la preoccupazione eccessiva. La formazione del guaritore ferito è un aspetto fondamentale proprio perché segna un passaggio unico e critico: da ferito a guaritore.



## 6. *L'altro tempo del trauma: l'opportunità*

È possibile considerare l'esperienza traumatica come un'opportunità per il soggetto? *Kintsugi*, una parola giapponese conosciuta anche come *kuntsukori* ("riparare con l'oro") indica un'arte particolare: quella di riparare vasellame rotto unendone i cocci con metalli preziosi (per esempio, oro, argento o platino). Simbolicamente questo significa non nascondere la rottura del vaso ma piuttosto trattare la rottura e rendere l'oggetto originale ancora più prezioso. L'arte del *kintsugi* può essere vista come rappresentativa di tutte le grandi sfide per la gestione clinica e non clinica del trauma: è possibile che quello che è stato impensabile e intollerabile, che ha portato a una dissociazione della psiche, possa diventare una possibilità di trasformazione per un soggetto? Non possiamo garantirlo per tutti. Possiamo, però, farci garanti, ciascuno dalla sua posizione (clinica o non clinica) di questa possibilità. Ciò significa chiedersi sempre, al di là delle ripetizioni cui assistiamo, soggettive e intersoggettive, qual è la peculiarità di quel soggetto che si è rivolto a noi, e chiedercelo anche al di là dell'effrazione subita; significa considerare che riparare completamente il danno che il trauma ha causato non è l'obiettivo principale e probabilmente non è possibile. Il trauma rimane qualcosa che colpisce e devasta il senso del sé, ma non nello stesso modo per ciascuno, non con gli stessi tempi, non con la stessa partitura. Al di là dei principi che devono guidare la cura o l'atto di soccorso e assistenza di chi ha subito un danno traumatico, dobbiamo sempre considerare il soggetto come unico, peculiare e non fare del suo essere vittima tutto il suo essere. A volte l'essere considerato (solo) vittima è per il traumatizzato un atto ri-traumatizzante, così come considerare la riparazione come qualcosa che "chiude" e non apre a un tempo nuovo può avere un effetto di congelamento della soggettività e del desiderio. Il danno traumatico può, invece, dovrebbe essere considerato, almeno in potenza, come una possibilità di trasformazione, che va oltre il disgelo, la giustizia, il risarcimento, e che offre delle opportunità altre e altrove. Per esempio, l'opportunità, come riportato prima, di affrontare il passaggio da ferito a guaritore ferito.

Se il lavoro della parola, e tutto ciò che l'accompagna nel soccorso, nell'assistenza, nella testimonianza che, sempre, come nella cura, fa parte della scrittura di una storia, avranno effetto e affetto, la ferita traumatica non sarà cancellata ma rimarrà come cicatrice nel corpo e sul corpo e, come tale, potrà diventare l'unicità di quel soggetto particolare. Come scrive Leonard Cohen: «Una cicatrice avviene quando la parola si fa carne»<sup>41</sup>. Quella cicatrice sarà il segno che c'è stata sì un'effrazione ma anche una parola e una posizione che hanno curato, che hanno trasformato la ferita. Una cicatrice non è una ferita aperta. È il segno che la parola della cura, del soccorso, dell'assistenza, della testimonianza ha lasciato nel corpo violato. E parlerà per sempre della nostra storia.

<sup>41</sup> L. Cohen, *Il gioco preferito* (1963), Fazi Editore, Roma 2002.