

Seminario d'estate 2022 : L'angoscia

Giovedì 25 agosto

Virginie Lançon

Il trauma : un deragliamento nel trattamento del reale

Il trauma scandisce le nostre vite. Ne siamo tutti “bordati”. Dal trauma della nascita all'angoscia di morte che fanno da bordo, fino al “troumatisme” (gioco di parole fra *trou*, “buco”, e *traumatisme*, “trauma”) che fa divisione soggettiva.

E poi, il corpo dell'essere parlante non può che essere parlato, e per questo, sin dall'inizio, “symptraumatisé” (contrazione del termine “sintomo” con “traumatizzato”, Lacan, *Joyce il sintomo*). Perché il soggetto si trova ridotto a esservi solo rappresentato. È quindi preso nei significanti, in un'organizzazione soggettiva annodata in RSI. Il che gli permette di trattare il reale attraverso il fantasma e di affrontare la questione del senso transitando attraverso lo spazio buco fra le istanze.

Ma qui non evocheremo questi traumi che implicano una rimozione e sono costitutivi di una firma soggettiva. Traumi metabolizzabili, sopportabili grazie alla flessibilità di questa strutturazione che non viene meno (o non troppo) rispetto al trattamento del reale.

Discuteremo invece del “trauma”, del “trauma-fracasso”, quello che colpisce. Che fa punto di rottura con il Linguaggio. Che lo fulmina. Lo fissa a delle parole senza io e che ostruisce tutti i giochi di parole e le metafore.

Al di là della pulsione e dell'angoscia di Morte. Ma di qua dalla sua fattualità.

Come una carica eccessiva di eccitazione, un vertice che eccede il senso, che va oltre le capacità di rappresentazione dell'apparato psichico, che sconfigge i meccanismi di difesa e produce un taglio con l'integrità dell'Io.

Il trauma: un'istantanea

Nel trauma, l'angoscia “ultima linea di difesa della para-eccitazione” è oltrepassata e non può più fare segnale rispetto al rischio di disintricazione, prevenire la minaccia di slegamento e preparare economicamente la psiche. In quanto, al suo posto c'è da subito lo spavento. Lo spavento invade, accaparra tutto lo spazio, satura radicalmente tutto il sistema, sconvolge la sua omeostasi e provoca uno scoppio delle strutture soggettive regolatrici.

Si può parlare così di una conflagrazione che ha fatto traboccare tutto il processo di mentalizzazione, che è andata oltre la temporalità e la raffigurabilità, oltre le capacità di ingestione, di elaborazione e che lascerà quindi delle tracce “puramente” organiche, tracce-fantasma, senza un luogo cui indirizzarsi.

Le sensazioni non sono più legate all'affetto, né a qualsiasi possibilità di senso o di storia. C'è solo un corpo, in una esplosione della percezione, slegata, aderente alla sensazione del puro e semplice fatto.

Un “organismo sopravvivate” le cui sensazioni hanno colonizzato arbitrariamente tutto lo spazio psichico in una “istantanea”, traccia di una *mise en abyme* aperta su una morte vissuta come imminente, senza rimozione operante, senza accesso al registro dell'immaginario o del simbolico. Il trauma agisce come uno tsunami che, quando arretra, lascia una marca.

Un tutto Reale che si morde la coda

Da un punto di vista topologico, è come se la congiuntura traumatica inducesse un collasso. L'annodamento è stravolto, le istanze toriche I e S sono state prese in trappola, imprigionate dal toro del Reale. Sembra rimanere solo un'istanza pletorica molto cruda, crudele, un "tutto Reale", ma che sembra diventato "quel" reale.

Di fatto, R ha fagocitato l'insieme, ma si ritrova per questo anche lui slegato, snodato, apoplettico come un buco nero che annulla la sua materia. Il Reale è anche lui fuori uso. E non può essere trattato come un a-gire, un R' che potrà ora passare all'atto, un Reale preso anche lui nelle sole coordinate di questo trauma: un reale traumatico che si rinchiuderà.

Il corpo e la psiche hanno quindi perduto i loro bordi e ciò che si dice in seguito non è più soggettivato: "s'impalla", "ha il singhiozzo", "si ripete" a bocca aperta come nel grido di Munch, il soggetto impietrito in un Reale illeggibile, indicibile, sbalordito.

Così, l'enunciato traumatico, questo "parlare" della vittima, non è altro che sequenza testuale sensoriale slegata, un pezzo staccato del corpo traumatizzato e in stato di de-realtà, un racconto delle sensazioni non trattate che porta il carattere impensabile dell'abisso aperto sul nulla. Come la ripetizione di un disco ormai graffiato. Quanto si lascia vedere e intendere non è più che questo solco senza fine, il suono di ciò che ha deragliato: «aaah aaah aaah aaah...».

Il trauma ha fatto "dare di matto" per estrema tensione, saturazione e il suo choc lascia traccia del caos, la marca sul disco biografico, poiché il solco profondo ha provocato un deragliamento.

Un deragliamento nel trattamento del Reale

Esso funzionerà come un circolo morboso in cui l'angoscia di castrazione e la pulsione di morte sono state riunite e addirittura oggettualizzate. Il dolore fisico e le sensazioni travolgenti non si fissano più sull'oggetto perduto, ma invadono tutto lo spazio corporeo che diventa il solo investimento narcisistico indifferenziato senza più transizionalità del rapporto fra realtà interna ed esterna. Lo spavento ha tagliato il linguaggio in parti morte. Il "morire" ormai acquisito, la speranza, il ricordo e il desiderio non hanno più ragione di essere.

Di conseguenza, l'*après-coup* sarà particolare: appena ripartirà ciò che è andato in tilt, che ha deragliato, le coordinate della persona sono molto cambiate. Il suo apparato psichico è sospeso, "fa il morto". Il soggetto è "atterrito", addirittura "sepolto". La clinica fa vedere questa agonia psichica, un «terrore senza nome» (Bion), «come se la morte fuori da sé non potesse fare altro che urtarsi con la morte in sé. Sono vivo, no, sei morto (...) l'istante della mia morte sempre in sospeso» (Blanchot).

Un *après-coup* particolare: una messa in Cena come ultimo atto

Il corpo resta così subordinato alla realtà mancata della lunga scena dei superstiti. Davanti a noi non abbiamo altro che un corpo steso, diventato solo uno schermo scopico delle sensazioni del trauma, mentre il soggetto resta disarticolato nella sua struttura e totalmente separato dal godimento e dalla sua divisione.

Quel che ci è dato vedere e sentire è un organismo "preso alla lettera" del trauma, che replicherà il suo automatismo come un circolo scopico atemporale, un'evocazione in eco della scena traumatica. Potremmo addirittura dire: della "messa in scena" traumatica, o piuttosto "messa

in Cena” nel senso di un ultimo atto che non farebbe altro che ripetersi per questi superstiti sospesi all’istante della loro morte. Per il Soggetto così sparito, non c’è più che questo corpo che resta al tavolo del suo incontro con la Morte. Non può che recitare questo “testo” iscritto oramai come trama della sua inesistenza. Recitare senza fine in una scenografia troncata e annessa, condannato a vivere solo nel corpo in un’evocazione di un fermo immagine.

È questa la grande differenza con l’isteria a cui riesce, attraverso la conversione, il passaggio dallo psichico al somatico. Perché, nella clinica del trauma, il soma non è solo slegato dalla psiche ma sono entrambi bloccati, sbalorditi, presi nell’istante particolare di questa “morte al presente” come assoluta, ma non avvenuta.

Clinica di un buco nero più che di una scatola nera

Se si analizza da un punto di vista neurologico, si sa che al momento del trauma, esiste, da una parte una ipermnesia sensoriale (sensazione presa in certe coordinate dell’evento, in modo scopico) e dall’altra un gelo del processo di affezione, dell’essere affetti da qualcosa, uno scacco della memoria autobiografica, una rottura e/o discontinuità nell’integrazione della memoria contestuale. Il ricordo è quindi immagazzinato, ma non integrato, ritorna quindi in qualsiasi momento nel campo della coscienza. Perciò, la narrazione di una vittima non può essere presa, né compresa come una scatola nera che descriverebbe con esattezza l’evento.

Alcuni “vittimologi” ricorrono al termine “memoria traumatica” con il corollario di una terapia che eviterebbe di riattivarla. Eppure, l’abbiamo visto precedentemente: nel trauma le capacità di memorizzazione non hanno funzionato. Non si tratta quindi di memorizzazione o rimemorizzazione (che riguarderebbe la catena significativa e quindi un processo di memoria) ma solo di reminiscenze (riattivazione di sensazioni vissute) in quanto l’organismo traumatizzato è stato trasformato in Memoriale.

La narrazione di una vittima è così una locuzione sullo stato di de-realtà vissuta, con una certa “lunghezza focale”, con una distorsione del reale sopraffatto dalla realtà della “sua scomparsa vista da vicino”. Più che a una “memoria traumatica”, ci confrontiamo piuttosto a un’amnesia che tenta di cercare la propria memoria. La conseguenza di questa inadempienza di codificazione è che, alla fine, non si può sostituire a questa amnesia altro che un’evocazione sotto forma di ecolalia o a volte di palialia.

Vittima di massa: dallo stesso al simile

Pertanto, come sarebbe possibile passare dall’enunciazione alla denuncia, così come vorrebbe la società di oggi, con il suo imperativo di “parole che libererebbero” e che allo stesso tempo condannerebbe sin da subito e senza appello per il solo fatto di dire? Il corpo sociale richiede ormai queste parole e non le approva se non come scoop, “sul vivo”, prima di qualsiasi “trattamento” (terapeutico o giudiziario) come se facesse opera di verità e fosse impossibile opporvi alcuna riserva. Alle vittime è chiesto oramai di parlare (da dove pure non sono più...). L’inconveniente è che quando si passa ripetutamente in diversi solchi senza fine, le sindromi di ripetizione si mettono in comune e questo dà dei “me too”. Tutto ciò finisce rimescolato, ... «aaah aaah aaaah aaah...».

E la società s’inebria. Poco importa se si passa a volte attraverso pettegolezzi o fake, il “godimento senza fine” (Ch. Melman e J-P Lebrun) trova qui un suo legame. Ne discende che il dispiegamento del Trauma e la sua eco diventano di massa, il che provoca delle cliniche particolari, con degli enunciati appiccicati lì (vittimizzazione, sovra-vittimizzazione) e una

denominazione radicalizzata fra “vittime” e “mostri” (che eppure condividono spesso delle strutture di vulnerabilità e degli antecedenti di avversità).

Potremmo infine dire che la società contemporanea non tratta più la questione del Trauma nell’interesse del gruppo, attraverso la rimozione e il pudore, ma al contrario, come sfogo e effetto di contaminazione, mimetismo, con la creazione di “comunità di vittime” il che si ricollega all’idea di un passaggio dal “prossimo” al “simile” (Ch. Melman e J-P Lebrun). Tutto ciò complica la cura di queste “vittime fuori Soggetto”, nonché l’esame medico-legale dei loro enunciati.

L’Analisi di fronte alla clinica del trauma: la questione dell’angoscia?

Come l’abbiamo visto, il trauma disorganizza dispoticamente il funzionamento psichico a livello degli investimenti delle relazioni oggettuali, contrasta la relazione d’oggetto e l’intreccio pulsionale del Soggetto.

Le angosce di castrazione e di morte sono state intrecciate con un deragliamento congiunto del desiderio: il paziente si trova in un rinvio perpetuo alle esperienze arcaiche di annientamento e di godimento crudo impattate in quell’istante, il che tocca il suo rapporto con la lingua. Il paziente è al tempo stesso inorridito e affascinato. Non è più altro che un corpo martire, paradossale, senza bordo spazio-temporale, estraneo a sé stesso e al mondo. Il lavoro analitico non può essere affrontato attraverso le “parole” post-traumatiche, poiché l’accesso al registro metaforico-metonimico è stato interrotto mentre la narrazione è “impacciata”.

Dinanzi a questo quadro, l’Analista non può passare per un transfert “abituale”. Perché l’ascolto analitico non può rimanere appeso alla sindrome di ripetizione (che riversa senza svuotare) senza incorrere nel rischio di ritrovarsi sospeso nel vuoto e ben lontano dal Soggetto. È invece chiamato a spostarsi e dare spazio di transizione perché, attraverso il corpo e l’angoscia, l’immaginario possa tessere di nuovo il linguaggio.

Il paziente si presenta quindi in un “enunciato traumatico” (parole e/o atti) offrendoci una clinica compulsiva di ripetizione in cui il corpo si esprime a fior di pelle ed è accompagnato da un’angoscia massiva, onnipotente, “sviscerante”.

Partiamo dall’ipotesi che bisogna intendere quest’angoscia post-traumatica, molto indifferenziata, come un tentativo per legare lo spavento primario. Ecco cosa propongo alla vostra riflessione: in un primo tempo, la cura consisterebbe nel passare attraverso questo (evitando, quindi, l’attuale logica narcotica che raccomanda una sedazione a base di ansiolitici) per tentare di ridurre questa angoscia massiva all’angoscia di oggetto, condizione *sine qua non* per accedere al Soggetto pietrificato che vi sta dietro.

Per questo, è necessario adottare la posizione transferale restaurando prima di tutto un corpo accordato. La posizione del terapeuta si trova quindi spostata in quanto dovrebbe accettare di passare per questo corpo, cercando di cogliere dove si è iscritto il trauma e scommettendo (dal posto dell’analista) che ciò debba innanzitutto passare attraverso la propria angoscia di fronte all’orrore raccontato. In tal modo il paziente può legare lo spavento “per procura” in questo spazio tradizionale intermediario e appoggiarsi di nuovo sui bordi e percepire una concordanza.

Il passaggio per questa angoscia fluttuante permetterebbe di metabolizzarla in una maieutica più adatta. L’analista sarebbe così portato a fare da contenitore per contenere, poi “prestare” ciò che sente affinché il paziente possa ridurre la propria angoscia al corpo e, reintegrando la propria relazione con l’oggetto, liberare l’immaginario cercando l’affetto nella sua biografia lontana, in un tempo di prima del trauma, «un tempo dell’infanzia, tempo della costituzione

del fantasma» (Choula Emerich). In un secondo tempo, questo permetterebbe di disintricare il simbolico, di riaprire i campi del linguaggio e così il paziente potrebbe ritrovare le sue coordinate soggettive e rimettere in moto il suo disco biografico.

La sequenza della cura condurrebbe a installare di nuovo la continuità di ciò che è stato vissuto nel corpo, la sua coerenza, ricostruendo il mondo immaginario per reintrodurre le modalità del godimento e accedere a un reale legato, umanizzato.

L'analisi sarebbe contemporaneamente transazionale e transizionale e permetterebbe di ricostruire gli involucri psichici primari, l'accesso al desiderio e la re-affiliazione prima di poter esplorare il significante di questo incontro traumatico da cui il Soggetto non è mai completamente indipendente.

Testo tradotto dal francese da Francesca Comandini