

## Leggere la dissociazione dell'esperienza del trauma relazionale: la psicoterapia nell'ottica costruttivista intersoggettiva

**Lorenzo Cionini e Isabella Mantovani**

*Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Costruttivista, CESIPc, Firenze*

I processi dissociativi sono comuni a qualsiasi persona e non hanno necessariamente un "valore clinico". Tuttavia, in presenza di *esperienze traumatiche relazionali precoci* (assenza di sintonizzazione affettiva, gravi forme di trascuratezza, violenza psicologica, violenza fisica, abuso sessuale, da parte dei *caregiver*) assumono una funzione protettiva, portando alla costituzione di stati dissociati del Sé, multipli e non integrabili, ognuno con un "proprio senso di verità" e un accesso indipendente alla consapevolezza. Il trauma evolutivo e la dissociazione sono sempre presenti nella storia di sviluppo di qualsiasi persona e differiscono, fra una storia individuale e l'altra, soltanto in termini di misura. In questo senso possiamo assumere che coloro che richiedono un aiuto psicoterapeutico presentino fenomeni dissociativi di diversa entità e che il modello di lavoro qui illustrato sia utilizzabile praticamente con qualsiasi paziente. Attraverso esempi clinici e trascritti di una psicoterapia sono descritte possibili modalità di utilizzazione della conversazione e della relazione terapeutica per leggere i processi dissociativi e aiutare la persona a fare una nuova esperienza di sé e di sé con l'altro.

Parole chiave: *trauma relazionale precoce, dissociazione, stati multipli del Sé, intersoggettività, relazione terapeutica*

Filippo, 30 anni, in psicoterapia con uno di noi da nove mesi circa, in fase di assessment<sup>1</sup>, aveva presentato una storia di esperienze traumatiche relazionali precoci multiple. Alcune sedute fa, riflettendo su di sé, Filippo ha detto:

*"Succede qualcosa che mi tocca... una parte di me la valuta ma se non la vivo dentro, e la sto a guardare come un osservatore esterno, non ci entro dentro nella*

---

<sup>1</sup> Nel nostro modo di lavorare la procedura di assessment occupa generalmente tre sedute, dopo il primo colloquio di analisi della domanda, e consiste nel richiedere un racconto di ciò che la persona ricorda delle proprie esperienze di vita (dalle memorie più precoci fino al presente) che serve al terapeuta per iniziare a costruirsi un'immagine della persona e del problema che ha portato nella richiesta di aiuto. Al paziente non viene fatta alcuna restituzione.

*cosa. È come se non avessi la possibilità di viverla, non mi tocca, **la racconto in maniera razionale e dopo un po' non la vivo più**. Si rinchiude dentro una porta segreta e rimane là e io ho solo la possibilità di vedere quello che c'è stato... ma **la vedo solamente dall'esterno come se fossi dietro un vetro** e non la vivo mai, non la vivo mai. Magari quando si crea il **picco emotivo** la vivo, la sento un po', ma poi dopo la chiudo dentro, la chiudo dentro. Mario (collega di lavoro) è... quello che dice è. **Io non riesco a esserci così, c'è qualcosa che mi protegge... mi protegge da un insieme di vergogna, di senso di colpa... è rinchiuso dentro e non si collega con la mia parte**".*

Nell'ascoltare queste parole siamo rimasti profondamente colpiti. Sembrava quasi che Filippo avesse letto alcune delle dispense sul trauma e la dissociazione, che avevamo recentemente dato ai nostri allievi della Scuola di Specializzazione, o avesse ascoltato la relazione portata recentemente al Congresso FIAP di Ischia (Cionini, 2016) su questo stesso tema. È quasi incredibile come Filippo descriva — da dentro — e in maniera così “evidente” la fenomenologia della dissociazione in molti dei suoi aspetti.

Rileggendo questo brano possiamo trovare molti degli elementi che vengono tipicamente descritti come effetto della dissociazione:

- la perdita di credibilità verso l'esperienza in “prima persona” passata e presente, con la possibilità di riflettere su di sé soltanto ponendosi come osservatore esterno di se stesso, ovvero in “terza persona” (*Succede qualcosa che mi tocca... e la sto a guardare come un osservatore esterno*);
- uno svuotamento del contenuto emozionale delle esperienze e delle memorie traumatiche (*la racconto in maniera razionale e dopo un po' non la vivo più*);
- la depersonalizzazione e la sensazione di distacco dalla realtà: “essere dentro una bolla incapaci di interagire con il mondo”, “essere separati dal mondo come da un vetro opaco” ecc. (*la vedo solamente dall'esterno come se fossi dietro un vetro*);
- la sensazione di “non esistenza”, agli occhi dell'altro e di sé stesso (*Io non riesco a esserci*);
- la sensazione di una colpa personale, e/o il senso di vergogna, rispetto alle esperienze traumatiche (*un insieme di vergogna, di senso di colpa*).

La dissociazione come processo è stata studiata, dalla maggior parte degli autori che se ne sono occupati (Albasi, 2006; Bromberg, 1998, 2006, 2011; Janet, 1889; Ogden, Kerkuni & Pain, 2006; Stern, 2003; van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006; van der Kolk, McFarlane & Weisaeth, 1996), in relazione al trauma e letta come modalità per proteggersi dalle memorie di queste esperienze (Filippo, a questo proposito, afferma: “*c'è qualcosa che mi protegge*”). È un fenomeno che protegge la persona dal rischio che quel dolore si ripresenti, stabilendo confini più sicuri fra gli stati del Sé che permettono un funzionamento adeguato nella vita quotidiana e quelli che hanno a che fare con le memorie implicite delle esperienze traumatiche.

La dissociazione non ha però un valore necessariamente “clinico”<sup>2</sup>. Fa parte della vita: sia della vita normale sia della vita neurotica, come di quella psicotica (Borgna, 2015). Per quanto l'accudimento da parte delle figure di attaccamento possa essere stato “sufficientemente buono”, situazioni più o meno gravi di assenza di sintonizzazione affettiva fra il bambino e i *caregiver* sono necessariamente presenti nella storia di sviluppo di qualsiasi

---

<sup>2</sup> Altri direbbero “psicopatologico”, ma noi preferiamo evitare questo termine che rimanda, anche indirettamente, alla dicotomia normalità/patologia e all'uso delle categorie nosografiche.

persona. Anche Shore (2011, p. XVII) afferma che “nell’essere umano la dissociazione è intrinseca allo sviluppo sia normale sia patologico” poiché rappresenta una strategia efficace a breve termine anche se, a lungo termine, mina la fiducia in sé e negli altri e rende difficile la possibilità di coinvolgersi in relazioni intersoggettive intime o di vicinanza. Ciò che varia da una storia di sviluppo all’altra — rispetto alle esperienze che possiamo definire traumatiche e conseguentemente alla dissociazione — è soltanto, come scrive Bromberg, *un fatto di misura*.

Se guardiamo al trauma non come a una situazione speciale ma come a un continuum che afferra la nostra attenzione solo quando interrompe o minaccia di interrompere la continuità dell’esperienza (...) Se accettiamo il fatto che il trauma evolutivo è un fenomeno centrale nel dar forma alla personalità, allora dobbiamo anche accettare che è presente in ogni persona ed è *sempre un fatto di misura*. Se è così, allora anche la stabilità ottenuta da un attaccamento sicuro è un fatto di misura. (Bromberg, 2011, pp. 13-14, corsivo nostro)

Inoltre, una momentanea perdita dei nessi associativi della coscienza può avvenire nella vita di tutti i giorni, in una serie di circostanze come per esempio: in vari tipi di automatismi, quando si è assorti nella visione di un film o nella lettura di un libro, in stati di trance etero o auto indotti, nei sogni a occhi aperti...

La dissociazione assume però significatività clinica laddove diviene una modalità rigidamente attivata per far fronte a stati di sofferenza sentiti come intollerabili, proteggendo la persona dall’entrare/ri-entrare in contatto con la *realtà della propria esperienza*, quand’essa abbia avuto caratteristiche più intensamente traumatiche. Particolare rilevanza viene attribuita alle esperienze di reiterati traumi relazionali, vissuti durante le prime fasi dello sviluppo, comunemente denominati in letteratura “eventi traumatici precoci” (Bromberg, 2011; Liotti & Farina, 2011; Shore, 2003; van der Kolk, McFarlane & Weisaeth, 1996) che noi preferiamo definire *esperienze traumatiche relazionali precoci multiple* per sottolineare che non sono gli eventi in sé ma il modo in cui questi vengono costruiti soggettivamente ad avere determinati effetti. Ci si riferisce, in questo caso, non tanto a singoli eventi stressanti di natura violenta, ma a situazioni precoci di grave e ripetuta assenza di sintonizzazione affettiva, violenza fisica, trascuratezza psicologica, abuso sessuale (particolarmente se intra-familiare).

Per lo sviluppo di un senso integrato di sé è necessario che le interazioni intersoggettive fra il bambino e le figure di attaccamento risultino comprensibili e che il bambino si senta riconosciuto nella sua specificità e soggettività, così che le sue esperienze emotive e affettive possano essere costruite all’interno di una sensazione di fondamentale unitarietà e coerenza del Sé.

Il Sé nucleare dell’individuo — il Sé modellato dai primi pattern di attaccamento — è definito sia dal modo in cui i primi oggetti genitoriali lo percepiscono sia da quello che gli negano di essere. Vale a dire, rapportandosi al bambino come se fosse “questo e quell’altro” e ignorando altri aspetti di lui come se non esistessero, i genitori “disconfermano” l’esistenza relazionale di quegli aspetti del Sé del bambino che dissociano percettivamente. Questo rende gli aspetti disconfermati non negoziabili dal punto di vista relazionale, perché le esperienze soggettive che organizzano questi stati non possono essere condivise e confrontate, in maniera comunicativa, con il modo in cui appaiono nella mente dell’altro. (Bromberg, 2011, p. 58)

La mancata conferma, da parte delle figure di attaccamento, degli stati emotivi e affettivi del bambino, soprattutto se particolarmente intensi, può fargli sentire alcune parti di sé come non accettabili in quanto non accolte e rappresentate nella mente dell’altro, por-

tandolo a disconoscerle, a diffidarne e a non rappresentare la realtà della propria esperienza. La capacità del bambino, e poi dell'adulto, di dare significato ai propri stati affettivi, riflettere su di essi, sentirli appartenenti a sé può essere più o meno significativamente compromessa, portandolo a dissociare gli stati del Sé non riconosciuti e confermati. Si costituiscono così stati dissociati del Sé (stati *me* e *non-me*)<sup>3</sup>, multipli e non integrabili, che hanno un proprio accesso indipendente alla consapevolezza; non possono essere attivati simultaneamente e non possono entrare esplicitamente in conflitto fra loro poiché il conflitto presuppone la compresenza di entrambe le parti in gioco.

La dissociazione non comporta un'eliminazione dalla memoria delle esperienze disconfermate ma uno svuotamento del loro contenuto emozionale e/o una "non possibilità", più o meno temporanea, della loro riattivazione a livello consapevole. I contenuti emotivi restano comunque nella memoria implicita orientando comportamenti e modalità di costruzione dell'esperienza nel presente, in assenza di consapevolezza (Donnel Stern, 2003).

Ognuno dei diversi Sé si trova ora confinato all'interno di una rigida modalità di entrare in contatto con gli altri, *ognuno con un proprio senso di verità*. L'identità personale viene collocata, di volta in volta, all'interno di quello stato del Sé che è presente alla coscienza in quello specifico momento.

Le esperienze traumatiche relazionali multiple limitano l'autoriflessione (che può venir riservata ad alcuni ambiti della propria esperienza) e portano a diffidare della propria capacità di costruire significati rispetto agli eventi emotivamente carichi che non possono essere ricordati e raccontati o, quand'anche espressi verbalmente, vengono privati del riconoscimento del proprio stato affettivo. La qualità dei ricordi delle esperienze traumatiche precoci, quando presente, è caratterizzata da un senso di irrealtà che porta, spesso, a dubitare del ricordo stesso (Caretti & Craparo, 2008) e a ritenere di poterselo essere "inventato".

La maggior parte delle persone (o forse tutte) che richiedono un aiuto psicoterapeutico presenta fenomeni dissociativi di diversa entità. In questo senso qualsiasi tipo di sintomatologia e di disagio psicologico può essere letto, fra l'altro, attraverso il modello della dissociazione.

## Relazione terapeutica e cambiamento

Sul terapeuta, come figura di attaccamento, il paziente riattiva le aspettative costruite nelle relazioni primarie così come si sono sviluppate nel tempo. Per questo motivo, la relazione terapeutica è un campo potenziale, uno spazio aperto, all'interno del quale diviene possibile, per il paziente, condividere nuove esperienze intersoggettive (Cionini, 2014a), dove, in "momenti di incontro" (*The Boston Change Process Study Group, 2010*), le

---

<sup>3</sup> Gli stati del Sé sentiti come "*non-me*" sono quelli cui è stata negata la possibilità di esistere in quanto disconosciuti e non legittimati nelle esperienze primarie. La parte *non-me* contiene le sensazioni che vi sia qualcosa di sbagliato in sé come persona. I ricordi della parte *non-me* sono sentiti come non appartenenti a sé poiché presenti soltanto come sensazioni "illegittime", fonti di vergogna, non traducibili in termini dichiarativi. I segreti della parte *non me* sono senza parole e non possono essere detti poiché sono sentiti come "bugie". Viceversa, gli stati del Sé sentiti come "*me*" sono quelli riconosciuti e legittimati nelle esperienze primarie e a cui è pertanto consentito "il diritto" di esistere nella relazione con l'altro significativo.

sensazioni degli stati del Sé vissute come *non-me*, possono essere ricontattate e implicitamente legittimate e “confermate” tramite una “comunicazione affettiva condivisa”.

Considerando, come abbiamo già detto, che sia le esperienze “traumatiche” sia la dissociazione sono sempre *un fatto di misura*, questo modello di lavoro può essere utilizzato praticamente per qualsiasi percorso psicoterapeutico, sia pure con le differenze dovute alla *misura* stessa.

Nei casi più estremi, nei quali le esperienze precoci sono caratterizzate dalla sensazione che la figura di attaccamento, che dovrebbe proteggere, è la stessa che mette in pericolo, il bambino crea due rappresentazioni scisse del *care-giver*. Rappresentazioni che non possono essere attivate simultaneamente e non possono neppure entrare in conflitto, dal momento che il conflitto presuppone la compresenza di entrambe le parti; quando è presente l’una, l’altra non esiste e viceversa. La stessa dissociazione viene operata anche per le parti del Sé; una che si relaziona con la parte “buona” del *care-giver* e l’altra con la parte “cattiva”, in modo che le due esperienze non entrino in contatto, preservando un senso di coerenza del Sé (non era lei, non ero io). La possibilità di fidarsi/affidarsi all’altro viene così ampiamente compromessa all’interno di un paradosso nel quale coesistono il desiderio di vicinanza con la sensazione di pericolo della stessa, insieme a una continua oscillazione fra la ricerca e la paura di avvicinarsi a figure affettivamente significative (Cionini, 2014b). La persona si trova in uno stato di “allerta” continuo, come quando si sentono rumori in una stanza buia. L’esperienza ha presto insegnato che è opportuno non distrarsi mai poiché la sensazione è che il pericolo sia sempre dietro l’angolo. Le situazioni “tranquille”, seppur desiderate, sono percepite cariche di una intrinseca minacciosità; distraendo dall’allerta, spingono a sentirsi sicuri, ovvero a cadere nella trappola (come nella metafora: “Vivere in un film horror”<sup>4</sup>).

Il terapeuta, nella relazione con il paziente, viene a trovarsi all’interno di questo stesso paradosso dal momento che il setting, per le sue caratteristiche di intimità, propone una vicinanza facilmente percepibile come “minaccia”. Per ridurre questa minaccia e costruire fiducia e sicurezza, il terapeuta dovrebbe assumere una posizione simile a quella di un naturalista che volendo avvicinarsi a un animale selvatico lo fa lentamente e, mentre lo

---

<sup>4</sup> Nel guardare un film horror, di solito, i momenti di maggiore tensione sono quelli in cui i protagonisti sono ignari della minaccia che sta per arrivare. Con una canzoncina per bambini di sottofondo possiamo vederli godersi una scampagnata in una giornata luminosa, scherzare tra loro, rilassarsi. Tutto bellissimo, insomma, se lo spettatore non sapesse che si tratta di un film horror: è teso, perché sa che se il mostro arrivasse proprio in quel momento i protagonisti sarebbero disarmati. Anzi, sa che con molta probabilità il mostro arriverà esattamente in quel momento e non sopporta quello stato d’animo gioioso di fronte all’evidenza di un pericolo. Quando il mostro arriva il cuore ha un sussulto, viene da tapparsi gli occhi, da gridare “lo sapevo!”... ma ci si sente anche un po’ sollevati, del resto da ora in poi staranno tutti più attenti. Insomma, l’attivazione emotiva più difficilmente sopportabile si ha quando il clima è *ancora* sereno. Se non fosse un film horror sarebbe davvero una bella giornata, ma è un film horror, non può durare a lungo la pace.

Alcuni individui vivono in un film horror. L’esperienza ha presto insegnato loro che il modo migliore per ottimizzare le possibilità di sopravvivenza è non distrarsi mai dalle possibili minacce. Sono sensibili ai cambiamenti di “atmosfera”, attentissimi alle microespressioni, dotati di uno spiccato “sesto senso”. Che senso è? Una specie di “rilevatore di minaccia” sempre acceso. Che senso ha? Li protegge. Le situazioni potenzialmente “tranquille” portano in sé un’intrinseca minacciosità perché spingono a sentirsi “sicuri”, ovvero a cadere nella trappola: “E se proprio adesso succedesse qualcosa? Sono quasi disarmato!”. La serenità è spaventosa perché distrae dall’allerta. Da qui la necessità di cercare di continuo un qualche problema da risolvere, che consente loro di non rilassarsi mai interamente, quasi servisse a mantenere un certo allenamento in vista dello scatto che presto — *da qualche parte* ne sono sicuri — dovranno compiere per salvarsi di nuovo (Casini, 2015).

osserva, permette all'altro di farsi osservare per il tempo necessario a sentirsi sicuro. Il successo del naturalista dipende dalla sua capacità di rimanere nell'habitat dell'animale abbastanza a lungo non solo per osservarlo ma soprattutto per lasciarsi osservare, finché l'animale sia in grado di decidere cosa debba aspettarsi da quell'essere umano potenzialmente pericoloso (Miller, 1994).

Questa chiave di lettura risulta comunque utilizzabile anche quando le esperienze di mancata conferma e sintonizzazione affettiva con le figure di attaccamento, per quanto non estreme, possano essere collegate al disagio del paziente, dal momento che la costruzione di reciproca fiducia e sicurezza nella relazione è un prerequisito necessario in qualsiasi percorso psicoterapeutico.

### Osservare la dissociazione nel flusso conversazionale

Nella conversazione terapeutica, nell'ascoltare il racconto di eventi presenti o passati, è possibile talvolta osservare improvvisi cambiamenti della prospettiva della narrazione e della attivazione emotiva del paziente, con la comparsa di incongruenze che la fanno sembrare assurda. È importante sottolineare che la sensazione di assurdità appartiene all'ascoltatore, il terapeuta, nella misura in cui questi non coglie o non può essere in grado di cogliere — in quella fase del processo — il *sensu* dell'incongruenza. Ma l'assurdità logica, la mancanza di coerenza formale del ragionamento, ha sempre e comunque un fondamento nella *logica interna della persona*. Anzi, tanto maggiore è l'*apparente assurdità logica* del racconto (dal punto di vista dell'osservatore esterno) tanto maggiore sarà la rilevanza del suo significato implicito, per il paziente (Cionini, 2016). Si tratta presumibilmente di contenuti appartenenti a parti dissociate del Sé, che emergono in modo improvviso e automatico, ciascuno con un proprio *status di verità esperienziale*. Anche quando le stesse cose ci vengono presentate con significati doppi e apparentemente incompatibili, piuttosto che chiedersi cosa sia corretto e cosa sbagliato, dobbiamo considerare che per la persona ognuna delle versioni (per quanto opposte) corrisponde alla *verità esperienziale* di uno degli stati del Sé.

Se, nel corso della conversazione, il terapeuta non si concentra esclusivamente sul contenuto esplicito della narrazione ma pone una particolare attenzione, anche e soprattutto, alle parole o alle frasi che appaiono "strane" o "assurde", al modo in cui la persona costruisce le frasi, al modo in cui vengono formulate (alla prosodia dell'espressione verbale), all'intonazione della voce, ai micro e macro cambiamenti corporei che accompagnano il parlato (Cionini, 2015), può rendersi conto dei momenti che segnalano "l'intromissione" di altri e diversi stati del Sé rispetto a quello presente immediatamente prima.

#### *La metafora del poligrafo*

Se proviamo a immaginare il parlato come la linea più o meno ondulata tracciata da un poligrafo, un "picco"<sup>5</sup> in alto o in basso (ovvero una parola o una frase "apparentemente assurda" rispetto al contesto o una reazione emotivo-corporea improvvisa) può essere

---

<sup>5</sup> Filippo aveva utilizzato questo stesso termine quando, riferendosi a propri stati emotivi, aveva detto: "Magari quando si crea il picco emotivo la vivo, la sento un po', ma poi dopo la chiudo dentro, la chiudo dentro".

considerato l'indicatore, la porta di ingresso, di uno stato dissociato del Sé, sentito come *non-me*, sul quale diviene importante soffermarsi. Adottando questa metafora visiva (Cionini & Mantovani, 2016), possiamo presupporre che ciò che sembra strano o assurdo (talvolta anche al paziente stesso) corrisponda comunque a un *ambito di verità dell'esperienza soggettiva* di quel particolare stato del Sé, anche se questa appare incoerente con *le verità dell'esperienza soggettiva* di altri stati del Sé.

Nel momento in cui percepisce un "picco", il terapeuta, ricorrendo a una modalità conversazionale di tipo fenomenologico (Cionini, 2011), può:

- ripetere a specchio le parole/frasi del paziente e/o esplicitare ciò che ha osservato a livello corporeo, per aiutarlo a mantenere il contatto, *in prima persona*, con le sensazioni dello stato *non-me* emerse e attive in quel *momento presente* (come direbbe Daniel Stern, 2004);
- nel soffermarsi e far soffermare la persona sulle sensazioni che sta provando, evitare/bloccare, in modo diretto ed esplicito, eventuali tentativi di spiegazione/ragionamento da parte del paziente;
- aiutare la persona a mantenere/sviluppare il contatto con le sensazioni che sono emerse mediante: a) richieste di tipo associativo che possono facilitare il riaffiorare di collegamenti fra queste e ricordi "traumatici" del passato e b) interventi metaforici, fantastici, immaginativi, aiutandosi eventualmente con la richiesta di chiusura degli occhi, per facilitare l'immersione immaginativa nelle situazioni/sensazioni riattivate;
- *confermare*, in modo prevalentemente implicito, la *verità esperienziale* delle sensazioni dello stato *non-me* emerso, qualsiasi sia il loro contenuto; operazione inversa a quanto avvenuto da bambino con le figure di attaccamento quand'esse, dissociando percettivamente sensazioni e desideri del figlio, lo hanno relazionalmente disconfermato.

In queste fasi del lavoro, anche il terapeuta dovrebbe metter da parte la ricerca di spiegazioni permettendosi di "lavorare nel vuoto"<sup>6</sup> (Cionini, 2013); nella consapevolezza di sé, il terapeuta, entrando in contatto e partecipando alle sensazioni e allo stato affettivo che il paziente sta vivendo in quel momento, può allora restituire (con le parole e/o con il corpo) quelle sensazioni che sta provando e che gli appaiano sintoniche a ciò che sta sentendo anche l'altro. Nel fare questo:

[...] il terapeuta deve essere ben consapevole del fatto che non è, e non può essere, un "osservatore neutrale" di ciò che avviene nella relazione ma che egli vi partecipa, e la co-determina, con la sua soggettività. In quanto osservatore partecipante, deve analizzare la propria interazione con il paziente, nel momento stesso in cui vi partecipa, ponendo una costante attenzione sia ai sentimenti e alle tendenze all'azione evocate in lui dal paziente in quel momento sia all'effetto che questi possono avere nella regolazione interattiva della relazione (Safran & Muran, 2000). Deve essere in contatto con sé anche grazie a una sufficiente consapevolezza delle proprie modalità di funzionamento cognitivo, e soprattutto affettivo-emotivo, e quindi in grado di discriminare quanto ciò che sta sentendo possa essere ricondotto prevalentemente a proprie modalità stereotipiche di interpretare e agire, in determinate situazioni in-

---

<sup>6</sup> Per il terapeuta, lavorare nel vuoto significa non soltanto abbandonare il presupposto di dover "fornire una prestazione", "essere bravo", "risolvere i problemi" ma soprattutto sospendere la ricerca di spiegazioni, "farsi attraversare" da ciò che gli arriva dal paziente e permettersi di stare nella confusione del momento propria e dell'altro; questo aiuta anche il paziente a "sganciarsi" provvisoriamente dalle spiegazioni rispetto a sé stesso (entrate a far parte del suo *senso comune*) e provare a esplorare in modo nuovo, insieme al terapeuta, un territorio "apparentemente vuoto" in quanto svuotato dalle precedenti costruzioni risultate non viabili.

## Leggere la dissociazione dell'esperienza del trauma relazionale

terpersonali, e quanto a ciò che sta avvenendo nel "Noi" della relazione. (Cionini, 2013, pp. 182-183)

Il fatto che il terapeuta colga in prima persona le parti dissociate del Sé del paziente, e glielo riproponga prevalentemente in modo implicito, ne permette un riconoscimento, lo rende "vive e reali nella relazione", consentendone la mentalizzazione da parte della persona.

Il processo di entrata in contatto con le sensazioni dissociate dello stato *non-me*, oltre all'effetto di conferma delle stesse, fa spesso emergere, in modo "automatico", collegamenti con ricordi episodici e sensazioni relative a eventi traumatici precoci che possono anche essere già stati trattati/narrati a livello descrittivo-semanticò, in fasi precedenti della terapia, ma che hanno ora la possibilità di essere riconosciuti e accolti nella loro realtà soggettiva e nella loro significatività emotivo-affettiva.

Quando, con il proseguimento del processo terapeutico, alcuni stati dissociati del Sé (sentiti come *non-me*) iniziano a essere riconosciuti e legittimati, divenendo più chiaramente rappresentabili come parti di sé, può avere inizio un lento processo di transizione dalla dissociazione al conflitto (Bromberg, 1998) ovvero alla possibilità, per la persona, di osservare simultaneamente stati precedentemente dissociati e riflettere su di essi senza la necessità di decidere quale sia "vero" o più "vero".

La conferma della *verità dell'esperienza soggettiva* degli stati *non-me* diviene l'obiettivo principale del lavoro terapeutico, in questa fase del processo, e permette alla persona, spesso anche tramite associazioni che arrivano in modo improvviso, di ricollegare modi di essere e sentire nel presente a ricordi episodici e sensazioni relative a esperienze traumatiche del passato, così da riconoscerle nella loro significatività affettiva-emotiva e poterle accogliere nella loro realtà soggettiva.

## Un esempio clinico

Caterina 54 anni, in terapia da diversi anni, era giunta lamentando un disagio descritto in termini di attacchi di panico, presenti da molto tempo, che le impedivano di muoversi da sola se non nel percorso casa-lavoro. Le prime tre sedute iniziali, successive al primo colloquio, usualmente dedicate al racconto della propria esperienza di vita, erano state particolarmente problematiche. Dopo quella iniziale, nella quale aveva avuto grosse difficoltà a recuperare i ricordi dei primi sei anni di vita, era tornata molto arrabbiata col terapeuta affermando di essersi sentita fortemente "costretta" dalle sue domande e dichiarando che non sarebbe stata disposta a rispondere ad altre, relative al racconto della propria storia. Si concordava quindi, visto l'accento posto sulle "domande", che avremmo proseguito nelle successive due sedute, previste per quel lavoro preliminare, in maniera per lei del tutto libera: avrebbe continuato a narrare ciò che si sentiva, senza che le venisse più posta alcuna domanda.

E così facemmo. Ma di fatto la narrazione raccolta risultò particolarmente scarna di informazioni sia rispetto alle relazioni con i genitori e a quelle con i suoi tre fratelli sia rispetto ai successivi periodi di vita. Fece solo un vago accenno a un'unica relazione affettiva, avuta con una persona intorno ai 20 anni, di cui il terapeuta non riuscì a comprendere, e non poté chiedere, né la durata (comunque breve) né la sua significatività affettiva.

Mentre nel periodo della tarda adolescenza aveva avuto un gruppo di amici (con i quali a un certo punto aveva chiuso drasticamente tutte le relazioni, sentendosi "trattata ma-



le" e abbandonata), da molti anni viveva da sola, con una ridottissima vita sociale: una sola amica e un solo amico gay (come tutti i — pochi — uomini con i quali ha avuto, prima e dopo, una relazione amicale).

Aveva già fatto una psicoterapia, durata diversi anni, interrotta dal terapeuta in un modo da lei descritto come improvviso e traumatico.

Senza mai lavorare direttamente sul sintomo di panico, la difficoltà a muoversi in autonomia si era gradualmente allentata fino a scomparire del tutto, nell'arco di circa un anno e mezzo. Quello che continuava a permanere in modo significativo era invece la difficoltà a investire su qualsiasi tipo di relazione. Nelle poche, che negli anni aveva continuato ad avere, lo schema relazionale restava sempre lo stesso: "sentirsi trattata male", con un'alternanza di sensazioni di rabbia (quasi mai comunicate all'altro) e di passività (prendendo raramente l'iniziativa di ricercare l'altro e, anche quando ricercata, rimandando fino all'ultimo momento la risposta sull'accettazione dell'invito). Una relazione di coppia non era nemmeno da prendere in considerazione, per la dichiarata paura di poterle diventare estremamente dipendente e della delusione, anticipata come certa, che avrebbe vissuto nel momento della sua interruzione.

La relazione terapeutica era stata vissuta nella prima fase in termini "doppi": da un lato la seduta veniva vissuta come il momento sentito "più importante" della settimana, dall'altra con un evidente timore di abbandono traumatico. Nei primi mesi aveva portato alcuni sogni nei quali il terapeuta veniva rappresentato come un "medico sadico"; in altri sogni, riportati in periodi successivi, la seduta veniva improvvisamente e immotivatamente interrotta o per l'entrata nella stanza di persone estranee o con l'allontanamento dal setting del terapeuta che si faceva sostituire da una persona diversa con evidenti sensazioni di abbandono. Negli ultimi cinque-sei anni questi doppi erano scomparsi e — nel suo tenerla a distanza — la relazione era comunque diventata buona. Un indicatore evidente era stato la gestione dello spazio in seduta. Nei primi tempi il setting utilizzato era quello del *vis a vis* con scrivania intermedia, dalla quale sedeva inizialmente a una certa distanza; distanza che si era gradualmente ridotta nel tempo. Un momento critico per lei fu quando il terapeuta decise di modificare il proprio setting di lavoro, eliminando la scrivania e utilizzando una disposizione, sempre *vis a vis*, poltrona-divano. Inizialmente, non solo si sedeva sul divano nel posto più lontano possibile ma aveva bisogno di tenere in grembo un ampio cuscino, come una sorta di protezione. Gradualmente il cuscino era stato spostato di lato, per poi essere eliminato. Dopo di che, a lenti *step* successivi, il punto della seduta sul divano si era spostato fino a trovarsi di fronte al terapeuta nella posizione più vicina. Inutile dire che la frequenza alle sedute, a parte malattie, era ed è sempre stata assolutamente assidua e regolare.

Per un tempo molto lungo, il processo terapeutico era andato avanti con estrema lentezza, sia pure in modo relativamente costante (nonostante l'alternarsi di momenti di accelerazione con altri di fermo o anche di momentaneo ritorno indietro), e soprattutto — per i primi tempi — senza un riconoscimento diretto dei cambiamenti che pure c'erano stati. In più di un'occasione, quando il terapeuta aveva cercato di fare il punto sui cambiamenti avvenuti, la risposta iniziale era che nulla fosse cambiato, tranne poi concordare su un insieme di differenze del suo modo di sentirsi e muoversi, rispetto ad alcuni dei suoi temi più significativi, fra l'inizio del percorso e il momento in cui se ne parlava.

Un anno fa circa, un cambiamento particolarmente significativo, per l'assoluta pregnanza del tema, era stato l'essere riuscita a decidere di cambiare casa, per andare in una che, per la prima volta, riusciva a sentire come un qualcosa che sceglieva, e davvero suo. Circa dieci mesi prima della seduta della quale parleremo, aveva fatto un altro sogno, rac-

contato soltanto quattro mesi dopo, che — come mai avvenuto — metteva in primo piano (nella lettura costruita insieme) le relazioni familiari. Da quel momento, e utilizzando — per la prima volta da parte del terapeuta — la metodologia di lavoro che abbiamo descritto in precedenza, il movimento aveva avuto una importante accelerazione. Il tema delle relazioni familiari era divenuto, sia pure con molte difficoltà, più accessibile e Caterina aveva iniziato a ricordare, e riportare in seduta, alcuni (pochi) eventi episodici — di carattere traumatico — della sua infanzia e prima adolescenza, dei quali non aveva mai parlato. Per diverse volte era avvenuto che dopo una seduta particolarmente “intensa” sia per i contenuti sia per l’attivazione emotiva, la paziente fosse tornata la volta successiva affermando di non ricordare assolutamente niente di ciò di cui si era parlato. Talvolta non era bastato un solo incontro perché riuscisse a recuperare quanto detto in precedenza, rientrando in contatto con i contenuti e le sensazioni provate.

Quelli che seguono, sono i trascritti di parte di una seduta recente nella quale il collegamento presente-passato emerge in modo particolarmente vivido ed evidente. Fin dall’inizio, il terapeuta, dopo aver valutato il bisogno della paziente di parlare di altro, propone di ricollegarsi a un tema affrontato nell’incontro precedente:

T. “*Ci son novità o partiamo direttamente dalle ultime cose di cui avevamo parlato?*”

P. “*Partiamo!*” (sorride).

T. “*Partiamo. Ok (sorridendo) ... sul.. Non mi posso permettere, no?!..... Non mi basta casa-ufficio, aveva detto e poi: Non mi posso permettere di andare dietro a un puro desiderio*”

P. “*Mhm*”

T. “*... Pensavo, ad esempio, anche a.... (indica col corpo la borsa della paziente)*”

P. “*La borsa*” (ridendo)

Il “non mi posso permettere”, che il terapeuta ripropone all’inizio, era stato il tema trattato durante tutta la seduta precedente a partire da una affermazione di Caterina in cui diceva di non poterne più di fare una vita solo casa-lavoro, sia in assenza di relazioni amicali sia del suo non riuscire a coinvolgersi in potenziali “interessi”, pur teoricamente definiti per la prima volta. Questo “doppio” era stato riconcettualizzato nei termini di due parti del Sé: una, *più rassicurante*, che la portava ad *accontentarsi* di casa-lavoro e una seconda che, pur desiderando altro, le impediva di fare scelte diverse, sulla base di una sensazione da lei formulata nei termini: *non mi posso permettere un desiderio*. A partire dal presupposto che ciascuna delle due parti avesse una propria logica, la seduta era stata conclusa ripromettendosi di provare a comprendere il significato di questa seconda parte che appariva, nei termini di una logica in terza persona, come incomprensibile.

Il riferimento alla borsa della paziente, proposto dal terapeuta soltanto mediante un movimento corporeo, viene immediatamente colto da Caterina poiché quella borsa era stato oggetto di non poche sedute dell’anno precedente, nelle quali si era parlato della sua difficoltà — definita *assurda* dalla paziente stessa — nel decidere di acquistarla. Aveva visto, nella vetrina di un negozio, quella borsa che aveva un prezzo lievemente superiore a quanto era solita spendere. Caterina aveva affermato di non sentirsi autorizzata a comprarla, di *non potersi permettere di farsi questo regalo*, nonostante la cifra da spendere non fosse particolarmente elevata. Era riuscita a “permettersela” solo un mese più tardi

affermando che, dopo averne parlato più volte in seduta, si era sentita implicitamente legittimata dal terapeuta.

T. *"Dove anche... era venuto fuori il... :Non mi posso permettere!"*

P. *"Perché costava tanto, mhm mhm"*

T. *"Mhm... sì, ma è sempre un non mi posso permettere un desiderio, comunque.. poi, una volta sarà il costo, una volta sarà, boh, non so cosa... e, ma... ma forse non è... non è questo il punto... perché quando se l'è permessa il costo non è che era abbassato. Era sempre quello, no?!"*

P. *"Sì, ma quando me la sono andata a prendere, dopo mi sono sentita in colpa, me ne sono detta di tutti i colori per..."*

T. *"Mhm"*

[...]

P. *"Non lo- non lo so, forse sì, è vero, forse non me le, mhm (tossicchia), non mi posso concedere le cose.. ehm.. non indispensabili" (abbassa il tono della voce)*

La legittimazione implicita del terapeuta che, in quel caso, era stata a suo dire sufficiente per permetterle di mettere in atto il comportamento desiderato, non aveva però modificato sostanzialmente la sensazione di colpa, appartenente allo stato *non-me*, che continua a riproporsi nel presente.

T. *"Sì, ma il non indispensabile sta con il costo, con il prezzo, cioè, porta a delle pseudo-spiegazioni, no?!... Ma... ee... come è... come è nata... questa... questa sensazione interna... che stiamo riassumendo... nel... nella frase: Non mi posso permettere?"*

P. (18 sec. — sospira — 13 sec.)

Nel modo di formulare la sua domanda (*come è nata...*), nel rallentare il ritmo dell'eloquio e nell'abbassare il tono della voce, il terapeuta si propone di evitare che la paziente si ponga alla ricerca di "spiegazioni" rispetto a sensazioni che appartengono a un dominio conoscitivo implicito, difficile da tradurre semanticamente. La domanda propone un collegamento fra sensazioni del presente e memorie storico-personali. Il lungo silenzio, inframmezzato da un sospiro, e la postura corporea di Caterina, segnalano che sta iniziando a ricontattare immagini del passato e quanto questo sia per lei emotivamente "pesante".

T. *"Se prendiamo questa-questa frase, no?! E prova a non porsi una domanda di perché, maa... così, a andare più liberamente in termini di... di associazioni, di immagini... di ricordi... chee a che cosa la potrebbe riportare questo...?"*

Dopo aver atteso un tempo sufficiente per rispettare il silenzio "pieno" di Caterina, il terapeuta ripropone, in maniera ancora più esplicita, la richiesta di evitare una ricerca di spiegazioni mediante un processo deduttivo (*a non porsi una domanda di perché*), invitandola ad utilizzare le sensazioni che stanno emergendo in chiave associativa/immaginativa.

Leggere la dissociazione dell'esperienza del trauma relazionale

P. *"... Beh, prima mi è subito venuto (schiarendosi la voce) questo ricordo di... mhm mhm (tossicchia) di mia madre che mhm appunto mi diceva che... ehe... ci sono stati vari episodi insomma che mh mh (schiarendosi la voce)... che mi diceva appunto che non... co-come faccio a dirlo?! Che non... no ovviamente non mi ha detto che... non mi posso permettere, insomma, m'ha detto... che mhm... (sospira) che appunto no-non c'era niente di mio in casa"*

T. *"Mhm"*

[...]

P. *"Mi viene in mente che così... ehm... questa cosa buffa, non so... avevo visto un vestito... non so quanti anni avrò avuto... forse 12-13... 'nsomma, avevo visto questo vestito che mi mhm... che mi sarebbe piaciuto e poi no-non mi è stato comprato perché appunto non-non c'erano i soldi, insomma."*

T. *"E questo succedeva anche per gli altri fratelli?"*

P (14 sec. — sospira — 5 sec.) *"Mhm mhm... non-non lo so, forse no, però non... forse non è giusto dire: Agli altri sì e a me no... 'nsomma forse u-un pochino, ecco, un pochino, agli altri un po' di più".*

T. *"È così difficile dirlo, eh?!"*

I ricordi che emergono non sono facili da tradurre in parole nella misura in cui riattivano il "dolore" di quelle esperienze. Ne sono segni evidenti: le continue disfluenze, i molti intervalli di silenzio, i tentativi di minimizzare la valenza emotiva dei ricordi. Nel prendere atto e condividere la fatica e la difficoltà del processo in corso, il terapeuta riconosce il "dolore" di Caterina (*È così difficile dirlo, eh?!*), favorendo così la possibilità che mantenga il contatto con i propri ricordi e li sviluppi ulteriormente.

P. *"Ma... mi-mi ricordo proprio quel vestito perché... mi ricordo che ho pianto ee... forse... f-forse per quel ves-... è stata... la prima e l'ultima volta. [...] Ma, al di là di questo è l'a-l'atteggiamento di mia madre nei miei confronti è... è sempre stato... ee...: Qui in casa non c'è niente di tuo... eeh...: Tu non hai, insomma, non hai diritti, non hai..."*

[...]

Nei successivi turni conversazionali, che non riportiamo, riaffiorano altri ricordi del periodo dell'adolescenza. Nel riattivarli, Caterina oscilla fra tentativi di esonero della madre e sensazioni sempre più forti di "essere stata trattata male" (sensazione ripetutamente emersa rispetto a situazioni relazionali del suo presente). Ugualmente, parlando della sua rabbia di allora, descrive una alternanza fra momenti in cui questa emergeva in modo violento e momenti in cui veniva messa da parte "arrendendosi", "lasciando passare", come facendo sua l'idea di "non avere diritti". Sembra proprio che questa descrizione corrisponda all'attivazione alternata di parti dissociate di Caterina che riaffiorano anche nel presente.

T. *"È come se... in assenza della mamma... ci sia questa parte... questa parte di lei che ne ha preso il posto [...] Sembra che... questo ruolo... se lo sia assunto lei... rispetto a se stessa... il dirsi che... che i suoi bisogni non contano, che i suoi desideri non contano"*

P. *"... Mh"*

- T. *“Però mi son ribellata tanto in passato nei confronti di qualcun altro... ee ora contro chi ci ribelliamo?”* (utilizzando “il linguaggio dell’Io”<sup>7</sup> e abbassando gradualmente il tono di voce)
- P. *“(Prende fiato) “..... Non ho più un nemico?!”*
- T. *“No, no, ce l’ha ancora un nemico! Che è peggio di prima... da un certo punto di vista...”*
- P. *“(sospira)”*
- T. *“...Lei!!”* (detto in maniera decisa)

In un crescendo, nel quale il messaggio è formulato in maniera sempre più esplicita (fino a quel “Lei” finale), il terapeuta fa presente e sottolinea la propria sensazione che nell’oggi, e in assenza della madre (morta da alcuni anni), è come se la parte *non-me* di Caterina avesse assunto il ruolo di quest’ultima, continuando a negarsi il diritto e la possibilità di essere, di esistere con i propri bisogni. Il lunghissimo silenzio che segue (più di un minuto), insieme ai suoi cambiamenti corporei, ne evidenziano l’impatto e il fatto che nuovamente Caterina sta rivivendo (riconnettendosi a) immagini del passato, difficili da tradurre in parole, per il dolore che comportano.

- P. (68 sec.) *“Stavo pensando che... mhm... mia madre non mi ha... m-ma-mai-mai incoraggiato, in niente. Stavo pensando... alla scuola, no? Io non ho ricordi... ee... ma non... ma non c’è stata una volta... ma-ma proprio mai... che m’abbia detto... bene, brava, insomma... mai... ee... e, a parte questo credo che non ci fosse proprio... come dire? Ehm... fiducia, no? Fiducia”* (13 sec.)
- T. *“Se non sbaglio, lei avrebbe anche voluto fare l’università, no?!”*
- P. *“Sì, sì [...] cioè mi ricordo che una volta mia madre mi ha chiesto: Ma tu... e... che cosa vuoi fare? E io non ho mai detto a-a mia madre che cosa mi sarebbe piaciuto fare, anzi, mi ricordo che c-con lei quel giorno dissi: Mah, no, non lo so e lei mi disse: Ah, sei proprio... sei proprio senza... ambizioni. Ma... non-non-non... (prende fiato) non l’ho detto perché avevo paura... chee... mi prendesse in giro. Ecco! Non-anzi, in realtà non l’ho mai detto a nessuno perché avevo paura che ma-insomma mia madre che... mi prendesse in giro... comunque... e dicesse... sì, che mhm prendesse in giro il mio desiderio insomma”* (abbassando il tono della voce e rallentando la velocità dell’eloquio)
- T. *“Mh”*
- P. *“Ee (11sec.) per cui mhm...”* (schiarendosi la voce)

Parafrasando Bromberg potremmo dire che: quello che prima non poteva essere nemmeno pensato, ora può essere detto. La frase che Caterina riesce ora a formulare, pur con evidente difficoltà: *avevo paura che mia madre prendesse in giro il mio desiderio*, può essere vista come una sorta di “sintesi” delle esperienze traumatiche di mancata conferma, percepite nella relazione con le sue figure di attaccamento (in questo caso in particolare con la madre). Sensazioni che lei stessa afferma di non aver mai rivelato a nessuno, presumibilmente nemmeno a se stessa, e che sono state dissociate in una parte *non-me*.

---

<sup>7</sup> Per “linguaggio dell’Io” (Cionini, 2005) intendiamo quei passaggi conversazionali nei quali il terapeuta parla come se fosse il suo paziente. Si tratta di una modalità che può essere utile da un lato per aiutare il paziente a mantenere il contatto con se stesso in prima persona, dall’altro anche per facilitare il terapeuta stesso a stare nella dimensione della comprensione, nel cercare di far momentaneamente proprie le sensazioni dell’altro.

T. *"Che prendesse in giro il mio desiderio! Mh... è forte, eh, come espressione!..... paura che prendesse in giro il mio desiderio....."* (parole ben scandite, tono della voce basso)

La frase della paziente arriva come una "bomba" al terapeuta che, ripetendola a specchio due volte in modo lento e scandito, cerca di restituire ciò che sta provando, anche in prima persona, per aiutarla a mantenere il contatto con le sensazioni emerse e attive in quel momento e "confermarle". Sensazioni che possono essere in grado di rendere conto, più di qualsiasi spiegazione teorica, dell'origine e del significato dell'affermazione dalla quale ha avuto inizio la seduta: *non mi posso permettere di andare dietro a un puro desiderio*. Nel turno immediatamente successivo si evidenzia però che Caterina ha ancora bisogno di distanziarle, continuando a dissociare quella parte di sé. Evidentemente il contatto raggiunto con sé stessa e la sua esperienza storica ha un impatto emotivo troppo forte, per poter essere mantenuto almeno in questo momento (ci vorranno altre due sedute successive per poterselo davvero permettere).

P. *"Ma... lei la trova forte? Io non la trovo molto forte come... perché forse un po' in casa, era questa l'aria, no?"*

T. *"Eh!"*

P. *"Per cui per me forse è un po'... Nor-nor-normale, quasi, questa... (prende fiato) questa..."*

Infatti, dopo essere entrata in contatto con le sensazioni della sua parte *non-me*, il bisogno di relativizzarle, di negarne la valenza affettiva, emerge in maniera potente. Il processo dissociativo prende nuovamente forza; è come se fosse stata un'altra persona a dire ciò che ha detto. È come se, di fronte al terapeuta, si fossero rapidamente alternate due persone diverse. La parte *non-me* viene sostituita da quella che, per proteggersi dall'inondazione di un dolore non sopportabile, nega — normalizzandola — la propria esperienza come se non fosse mai esistita.

Visto la difficoltà di Caterina, il terapeuta cerca allora di riproporle il suo racconto ri-narrandolo lentamente come si riferisse a un'altra persona per aiutarla a mantenere il contatto con le sue sensazioni ma provando a immaginarle attraverso l'esperienza di una persona diversa da sé.

T. *"Cioè, se lei pensa.. a una bambina, a un adolescente... che... sente dentro... una paura di questo genere, cioè che... le persone che... che dovrebbero accudirla e... da cui ovviamente ogni bambino si aspetta di essere visto, osservato, considerato... e questa bambina ha paura di parlare perché... ha paura che... i genitori o altre persone vicine... prendano in giro i suoi desideri... Cazzo!!"*

P. *"Ah!!... Ma io non la trovo così... Non lo so, m-m-cioè mi sembra una cosa nor-no-normale... Davvero, non è... Niente di..."*

Dopo un primo momento nel quale, con il suo: *Ah!!*, sembra che Caterina abbia colto il senso della "mossa" del terapeuta, rientrando in contatto con la sua parte *non-me*, il distanziamento prende nuovamente corpo, attraverso un processo di normalizzazione.

T. *"Niente di...?!!"*

L'intervento del terapeuta, col suo dire: *niente di...?!!*, pronunciato con un tono di voce e con uno sguardo fra l'incredulo e lo spiazzato, permette a Caterina, dopo essersi presa il tempo necessario, di ricontattare le proprie sensazioni.

- P. (16 sec. — prende fiato) *“Cioè, in casa c'era molto quest'aria, secondo me, appunto di... denigrare, no? comunque di... (sospira — 12 sec.) Io ad esempio l'ho sentita moltissimo mhm... nei miei confronti, facendo sempre il-il-il il paragone co-con-con i miei fratelli, no? Ovviamente (abbassando il tono della voce)... ehm... per cui uno c-cosa fa? Si-si si difende! No? Non dice più niente”*
- T. *“Si, si, beh certo... non è su questo che... ponevo l'accento... Certo che uno si difende... e non dice più niente... Quello che è terribile è che... è che non si senta di dire più niente... che non sento possibile di dire più niente (abbassando gradualmente il tono della voce e utilizzando nuovamente il linguaggio dell'Io) (17 sec) Cioè, mi viene da dire... mi posso sentire di esistere a queste condizioni?”*

In queste interazioni possiamo ritrovare quelli che Beebe e Lachmann (2002) chiamano “momenti affettivi intensi”<sup>8</sup>. Il terapeuta, sentendo nuovamente e intensamente in prima persona il dolore di Caterina, cerca di comunicarglielo, oltre che con le parole e con il tono e il ritmo del parlato, anche con il corpo.

- P. (23 sec.) *“Maa, mhm (tossicchiando) quando lei prima ha detto quelle cose, no? Rispetto a una bambina che si... che si aspetta... un certo comportamento da... parte dei genitori (prende fiato)... Io mentre lei le diceva queste cose”*
- T. *“Mhm”*
- P. *“Ehm ho pensato... ho pensato che... (sospira) ee... ascoltandola ho pensato che quello che stava dicendo... era una cosa... poteva essere una cosa terribile. Allora è come se.. mhm (tossicchiando)... avessi avuto bisogno di mettere un muro rispetto alle cose che lei.. stava dicendo, no?”*
- T. *“Mhm mhm!”*
- P. *“Nel senso di... di difendermi, ecco, rispetto a quello che lei stava dicendo” (abbassando il tono di voce)*
- T. *“Mhm.. Si!”*
- P. *“Non lo so, forse allora mi viene da pensare che.. mhm..... che continuo ad avere bisogno di.. difendermi rispetto al mio passato, non so, di..... di non pensarci troppo.. di cancellarlo, adesso non lo so bene” (abbassando il tono di voce)*

---

<sup>8</sup> Beebe e Lachmann propongono tre *principi di salienza* che stabiliscono il modo in cui si organizzano le aspettative all'interno di un incontro interattivo; “il principio di *regolazione attesa*, il principio di *rottura e riparazione* e il principio dei *momenti affettivi intensi*.” Il primo è “basato sui modi caratteristici e prevedibili in cui si dispiega l'interazione. [...] Rottura e riparazione si riferiscono a una specifica sequenza fuoriuscita dal modello generale. Infine, i momenti affettivi intensi riflettono singoli eventi che lasciano il segno e resistono nel tempo” (2002, p.133). In particolare, i momenti affettivi intensi fanno “riferimento alle interazioni organizzate quando una persona sperimenta un potente stato trasformativo positivo o negativo” (2002, p. 177). Sono momenti che vengono costruiti congiuntamente all'interno della relazione terapeutica e che “offrono l'opportunità di nuove esperienze, consentono di rivivere affetti antichi e possono anche destare traumi” (2002, p. 177).

L'intensità di quanto riattivato, fa sì che Caterina senta il bisogno di "mettere un muro" per difendersi da sensazioni che, al momento, sembrano "troppo" per poter essere tenute fino in fondo; sensazioni che si permette di dichiarare e condividere col terapeuta, insieme al suo bisogno di prendere, momentaneamente, le distanze dalle memorie del suo passato.

T. *"Mhm mhm... Sì, però è un modo.. un modo particolare di cancellarlo, no? .. Cioè, cerco di non pensare al passa- al mio passato ... e.. cancellarlo.. ma-ma poi è come se lo riproducessi.. nel presente"*

In questo passaggio, il terapeuta ripropone implicitamente quanto detto in precedenza quando aveva suggerito che la parte *non-me* di Caterina si fosse assunta il ruolo della madre nel dirsi che "i propri bisogni e desideri non contano".

P. (13 sec.) *"Mhm"*

T. *"...Perché... Capisco che faccia male!!... E quindi che venga spontaneo il bisogno di mettere il muro e di difendersi... però forse fa ancora più male se... se mi dico, come ha detto qualche minuto fa: a me sembra normale, non mi sembra niente di... particolare... Cioè, perché non è solo i-il non permettersi la borsa o cose di questo genere... è non permettersi... di sentire quello che sento!" (usando ancora il linguaggio dell'Io)*

Forse qualcuno potrebbe dire che "il muro" messo da Caterina rappresenta una sua "resistenza", connotando — come frequentemente avviene — questo termine in modo negativo. Di fatto, quando un paziente ha "bisogno di resistere" significa che ciò che è avvenuto nella relazione terapeutica ha rappresentato una "minaccia" in quel momento troppo difficile da sostenere. Ma, come afferma anche Steele (2015), la cosiddetta resistenza può essere più proficuamente riletta come un "bisogno di proteggersi", da parte del paziente, e va quindi accolta in quanto tale e "confermata" come bisogno della persona. Infatti nel passaggio precedente, come in quello successivo, il terapeuta dichiara la sua comprensione confermando questo bisogno, anche se contemporaneamente fa presente l'altra "faccia della medaglia" (*però forse fa ancora più male*).

P. (28 sec.) *"Non lo so, io anche rispetto a questi discorsi... mhm. (schiarisce la voce) che sono pesanti dovrei mhm... s-st-sta-stare male, non so non-non, cioè, davvero non... non so come dire... non mii... (prende fiato) forse perché li do per scontati, è possibile?... Che li do per scontati, li do...?"*

T. *"Mi verrebbe da dire l'opposto... Perché me li nego! Se no non le faceva così effetto, no!? Quando io ho parlato di una bambina, cioè, come parlando di qualcun altro che non sia lei... se per un attimo ha provato a immaginarsi questa stessa situazione su qualcun altro.. e-e probabilmente è arrivato... è arrivato così forte, tanto che ha sentito il bisogno di mettere il muro... ee boh... non lo so, ma sembra come se... come se...(il dolore) lo sentissi più io di lei!"*

P. (sorride)

T. *"Che è un po' paradossale, no?"*



P. *"Sì, è paradossale... Eh!... No, capisco che è paradossale, capisco che non, però non..."*

T. *"Però fa male!"*

P. *"...No, in questo momento no... no... cioè, sono stupita, perché f-forse dovrebbe, non lo so... (sospira — 34 sec.) Non lo so! È una reazione così, non lo so... (abbassando il tono della voce) Pensavo che ho iniziato giustificandoli i miei genitori, no?"*

Ancora una volta sembra quasi che, in una sorta di situazione "paradossale", l'impatto emotivo di questi ricordi sia arrivato in modo più vivo e immediato al terapeuta che non a Caterina. Nell'essere entrato in contatto con le sensazioni e lo stato affettivo che la paziente sta vivendo in quel momento, il terapeuta le restituisce le proprie sensazioni (che appaiono sintoniche a quelle della sua parte *non-me*) affermando che è *come se* il dolore riattivato dai suoi ricordi *lo sentissi più io di lei*. Paradosso che Caterina coglie e condivide, quasi stupita della propria reazione.

Nelle battute finali, il terapeuta, considerando che Caterina — nonostante questa volta sia entrata in contatto in modo diretto e intenso con le memorie delle proprie esperienze precoci — ha comunque avuto bisogno di mettere un muro: *di... difendermi rispetto al mio passato, non so, di... di non pensarci troppo... di cancellarlo*, e, anticipando che il muro si sarebbe presumibilmente sgretolato nei giorni successivi, chiude la seduta buttando lì:

T. *"La prossima volta sarò curioso di sapere se questa sorta di anestesia di stase-ra continuerà anche nei prossimi giorni."*

Coerentemente con questa "premessa" la seduta successiva inizia con il terapeuta che chiede:

T. *"Come è andata la settimana?"* (con un tono quasi scherzoso nel quale il riferimento all'anticipazione del fine-seduta precedente è evidente)

P. (ride apertamente cogliendo subito il senso della domanda) *"Mi vergogno a dirlo (ridono insieme)... Dunque è andata così. È andata che... sono uscita da qua che non stavo male... non stavo male... (abbassando il tono della voce) ero come dire... (sospira), boh, forse stravolta? Non lo so... avevo bisogno di... comunque andare a casa, infatti ho fatto tutto il tragitto dicendo: Devo andare a casa, devo andare a casa. Poi sono arrivata a casa, ho aperto una bottiglia di vino, ho bevuto il vino [...] Ho cercato il programma televisivo che mii (ridendo) distraesse... ee... così, insomma non (abbassando molto il tono della voce) (13 sec.) ho pensato che forse non voglio pensare a certe cose, non lo so. Però nonn..."*

[...]

P. *"Io avevo bisogno di... mh, come dire, di sminuire un po' le cose no? [...] È come se io eee, avessi bisogno... comunque di dire a lei che... che suo-... suona un po' strano, però, che anch'io sono cattiva"*

[...]

P. *"Cioè è un po' come dire mh, un po' come dire, credo, eh, non è solo colpa loro, non è possibile che sia solo colpa loro, se è successo tutto quel che è successo... eeh, 'nsomma, eh, la colpa è anche mia, sono responsabile anch'io... emh... mh mh"*

[...]

P. *"Se io mh... incomincio a pensare che io poi tutto sommato non ero così cattiva, forse la cosa diventa anche più pesante, no?"*

T. *"Più pesante?"*

P. *"Ah... perché appunto, se io penso che... tutto sommato... ho le mie responsabilità emh... e-e... loro hanno le loro motivazioni, viene tutto molto attutito, no? Viene tutto molto, diluito"*

Per la prima volta Caterina coglie, e spiega in maniera molto esplicita e chiara, una delle caratteristiche tipiche del processo della dissociazione: l'attribuzione a sé della responsabilità (in termini di colpa, vergogna...) di quanto ricorda rispetto alle proprie interazioni precoci come modo per alleviare e *diluire* il dolore del riconnettersi alle proprie esperienze. Sembra che, come sempre avviene, per cercare di dare un senso alla propria esperienza, l'unica possibilità sia quella di attribuire la "colpa" a sé o ai *caregiver* e, all'interno di questa alternanza, la "bilancia" tenda sempre a pendere, alla fine, verso la prima soluzione. Il definirsi cattivi/colpevoli descrive la funzione protettiva della parte *non-me*, che permette così di alleggerire le sensazioni di non amabilità, di non essere stati riconosciuti dalle figure di attaccamento, di non esistenza ai loro occhi (meglio "cattiva" che "non esistente").

Un passaggio importante del processo terapeutico, che può essere proposto anche in termini molto espliciti, è che il terapeuta sottolinei che non ha senso, che è inutile, andare alla ricerca di chi siano "i colpevoli" ma che l'obiettivo è soltanto quello di cercare di comprendere ciò che la persona ha sentito e quale effetto questo abbia ancora nell'oggi. Di solito in questi momenti ricorriamo alla metafora del "processo giudiziario" per indicare ciò che non serve fare; non si tratta di condannare o assolvere questo o quell'altro (anche perché è impossibile sapere cosa è successo davvero) ma soltanto di dare un senso al proprio sentire nel presente come effetto di ciò che si è sentito nel passato.

Tanto che nella seduta ancora successiva si arriva a dire:

T. *"[...] Non è tanto quello che è successo allora ma che cosa, quello che è successo allora, ha comportato poi nel tempo e comporta ancora oggi..."*

P. *"...Mh (7 sec. — sospira — 22 sec.) Non lo so, io... cioè, lei dice capire che cosa ha comportato? (sospira — 12 sec.) Non lo so che cosa significa, io... mi sono sentita... trattare male, non amata ee... mh... esc- esclusa, ecco, esclusa"*

T. *"Mh"*

P. *"Per cui... mi sono a-autoesclusa"*

[...]

T. *"E forse ho auto-escluso... anche i miei desideri (21 sec.) I miei desideri, le mie sensazioni... mi verrebbe da dire il mio diritto di averli"*

P. (12 sec. sospira 5 sec.) *"Non lo so, questo non lo so, so che è una cosa chee, mhm... che faccio anche adesso... se mi sento esclusa io... mi auto-escludo immediatamente!"*

Sembra che Caterina sia giunta a fare propria la proposta del terapeuta che, due sedute prima, aveva suggerito come, in assenza della madre, la sua parte *non-me* avesse assunto il ruolo di lei, continuando a "negarsi il diritto di esistere con i propri bisogni" e tendendo ad autoescludersi ogni volta in cui percepiva la sensazione di poter essere esclusa da qualcun altro.

Negli incontri successivi il processo di cambiamento ha avuto un'importante accelerazione a seguito della sua comprensione, *affettivamente connotata*, di quanto certe sensazioni e costruzioni del presente siano connesse con le sue esperienze passate. Dopo una seduta nella quale "aveva avuto bisogno" di parlare di tutt'altro, ha iniziato a valutare la possibilità, mai presa in considerazione, di potersi coinvolgere in attività sociali, nelle quali entrare in contatto con altre persone; in chiusura, si era poi brevemente affrontato il problema, centrale, della "paura della vicinanza".

Nell'incontro seguente, Caterina inizia a collegare parti della propria esperienza storica con le sue sensazioni del presente. Alla richiesta del terapeuta di provare a mettere in relazione la sua "paura della vicinanza" con la propria storia, per la prima volta, riemerge spontaneamente un insieme di ricordi (mai narrati) di lei bambina e adolescente, relativi non soltanto alla mamma ma anche al padre; figura quest'ultima sulla quale — negli anni — Caterina aveva sempre evitato di soffermarsi. Rispetto al padre parla di *vaghi ricordi di affettuosità*, sostanzianti comunque da alcune immagini vivide e da una memoria episodica; affettuosità che non aveva più percepito dall'età di 9-10 anni quando, a seguito della nascita dell'ultimo fratello, si era sentita *trascurata, dimenticata*. È significativo che Caterina sia ora in grado di riattivare anche immagini positive rispetto a "momenti di vicinanza" con una figura che, assimilata a quella della madre, era stata — quando raramente emersa — connotata solo negativamente. All'inizio del processo terapeutico, accennando alla morte del padre, aveva affermato che non gliene importava assolutamente niente e che non provava, e non aveva provato, alcuna emozione rispetto a questo evento. L'importanza di questi ricordi sta proprio nel fatto che adesso diviene possibile per lei "stare negli spazi fra gli stati del Sé" (v. Conclusioni) considerando contemporaneamente aspetti positivi e aspetti negativi della sua relazione con la figura paterna (appartenenti a parti diverse del Sé) e dando anche un senso a come i primi possano essere stati "sommersi" dalla delusione conseguente alla sua percezione di essere stata *trascurata, dimenticata*, successivamente alla nascita dell'ultimo fratello.

## Conclusioni

Che cosa può essere maggiormente trasformativo nell'esperienza di un processo terapeutico condotto secondo quest'ottica? Rientrare in contatto con le memorie dissociate del proprio passato è *importante* ma *non sufficiente* di per sé. *Importante*, poiché ricordare le sensazioni che hanno portato a costruire un'immagine di sé in termini di cattività, colpa e vergogna, rispetto al non essersi sentiti accolti e confermati dalle figure di attaccamento, permette di iniziare a dare un senso ai sintomi e alle sensazioni vissute come "assurde" e "disturbanti" dell'oggi nella relazione fra sé e gli altri. *Non sufficiente*, poiché ancora più importante è la possibilità di sentire che ciò che si è sentito è accettabile e condivisibile con un "altro" che lo sente insieme a noi. Quindi, ciò che può essere maggiormente trasformativo è proprio la possibilità di rispecchiarsi negli occhi dell'altro (il terapeuta), di essere riconosciuti intersoggettivamente e sentirsi confermati, come non è avvenuto nelle relazioni precoci, cosicché le sensazioni dello stato *non-me* possano essere legittimate e divenire rappresentabili come parti di sé.

Gli autori del *The Boston Change Process Study Group* (2010) propongono concetti del tutto simili quando affermano che:

## Leggere la dissociazione dell'esperienza del trauma relazionale

nella relazione implicita il cambiamento avviene nei *momenti di incontro* attraverso modificazioni dei modi di *stare con*. Non corregge i fallimenti empatici del passato attraverso l'attività empatica [...]. Non colma un'insufficienza del passato. Nella relazione si crea invece qualcosa di nuovo che modifica l'ambiente intersoggettivo. L'esperienza passata viene ricontestualizzata nel presente, cosicché il soggetto arriva a operare con uno scenario mentale diverso, che produce nuovi comportamenti e nuove esperienze nel presente e nel futuro. (p. 24)

Affinché ciò possa avvenire, è necessario che il terapeuta eviti di lavorare *sull'apparente assurdità dell'incoerenza*<sup>9</sup> (che emerge dall'inconciliabilità fra le *verità* degli stati dissociati del Sé) e che la sua attenzione si soffermi sulle sensazioni della *realtà soggettiva degli stati non-me* che necessitano di essere confermate in quanto tali. L'aumentata capacità della persona di rappresentare stati precedentemente dissociati, e riflettere su di essi, permette ora di poterli osservare simultaneamente senza la necessità di decidere quale sia più "vero", avviandosi (come abbiamo già accennato) verso un lento processo di transizione dalla dissociazione al conflitto. Transizione che apre la possibilità a una nuova esperienza. Il paziente, rinunciando alla sicurezza protettiva della dissociazione, può iniziare a tollerare la presenza di un conflitto in cui accogliere contemporaneamente idee antitetiche, riconoscere le sensazioni dello stato *non-me* come legittime e negoziare fra verità soggettive appartenenti agli stati *me* e *non-me*, precedentemente dissociati (Bromberg, 2011); questo significa divenire capaci di "stare negli spazi" delle "realtà" precedentemente proprie dei diversi stati del Sé, poterne fare esperienza contemporaneamente, senza perderne alcuna. Come quando lo sfondo diviene figura insieme alla figura. Afferma Bromberg (1998):

la salute non consiste nell'integrazione. La salute è la capacità di rimanere negli spazi tra realtà diverse senza perdere alcuna [...] la capacità di sentirsi uno in molti. (Bromberg, p. 116)

"Restare negli spazi" è una formula che descrive la relativa capacità di una persona di far spazio, in ogni momento, per una realtà soggettiva non facilmente contenibile dal Sé di cui fa esperienza come "me" in quel momento. (ibidem, p. 213)

Concludiamo riportando le parole di un altro paziente, che chiameremo Orazio e che, in terapia da circa un anno, in una seduta in cui veniva affrontata la sua "resistenza" nel riuscire a lasciarsi andare, aveva descritto la propria dissociazione con queste parole:

*"Sono una specie di mostro che non prova emozioni rispetto alla lettura del suo romanzo interno e si rifiuta di lavorare e collaborare per riuscire a mettere mano alla situazione che non è delle migliori [...]. Racconto le cose come se fossero qualcosa che è successo due secoli fa... ad un altro [...] Sembra che sia un semplice osservatore estraneo delle mie passioni [...]. Il muro, la corazza mi ha assicurato la sopravvivenza... le crisi [attacchi di panico] che ogni tanto ancora ho, sono come delle fessure, delle crepe che si verificano, da cui escono quelle cose pericolosissime... che danno notizie di sé [...]. Sì, una parte si protegge, e una vorrebbe uscire".*

---

<sup>9</sup> Vedi sopra il paragrafo "Osservare la dissociazione nel flusso conversazionale".

## Riferimenti bibliografici

- Albasi, C. (2006). *Attaccamenti traumatici*. Torino: UTET.
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2002). *Infant research and Adult Treatment: Co-constructing Interactions*. Hillsdale: The Analytic Press. (trad. it. *Infant research e trattamento degli adulti. Un modello sistematico-diadico delle interazioni*. Milano: Raffaello Cortina, 2003)
- Borgna, E. (2015). La dissociazione come forma di vita. In L. Zorzi Meneguzzo, L. Consolaro, F. Gardellin & L. Panarotto (a cura di), *Come melograni: dialogo interdisciplinare su dissociazione e persona* (pp. 7-10). Milano: Mimesis.
- Bromberg, P. M. (1998). *Standing in the spaces: Essays on clinical process, trauma, and dissociation*. Hillsdale: The Analytic Press. (trad. it. *Clinica del trauma e della dissociazione: standing in the spaces*. Milano: Raffaello Cortina, 2007)
- Bromberg, P. M. (2006). *Awakening the dreamer: Clinical journeys*. Hillsdale: Analytic Press. (trad. it. *Destare il sognatore: percorsi clinici*. Milano: Raffaello Cortina, 2007)
- Bromberg, P. M. (2011). *The shadow of the tsunami: And the growth of the relational mind*. Hillsdale: Routledge. (trad. it. *L'ombra dello tsunami; la crescita della mente relazionale*. Milano, Raffaello Cortina, 2012)
- Caretti, V., & Craparo, G. (2008). La disregolazione affettiva e la dissociazione nell'esperienza traumatica. In V. Caretti & G. Craparo (a cura di), *Trauma e psicopatologia: un approccio evolutivo-relazionale*. Roma: Astrolabio.
- Casini, C. (2015). *Vivere in un film horror*. Manoscritto non pubblicato.
- Cionini, L. (2005). Prefazione (seconda). In C. Barni & G. Galli, *La verifica di una psicoterapia cognitivo-costruttivista sui generis* (pp. 17-28). Firenze: Firenze University Press.
- Cionini, L. (2011). Transfert e controtransfert: le emozioni in psicoterapia. L'ottica cognitivo-costruttivista. In P. Moselli (a cura di), *Il nostro mare affettivo: la psicoterapia come viaggio* (pp. 15-22). Roma: Alpes.
- Cionini, L. (2013). La psicoterapia cognitivo-costruttivista. In L. Cionini (a cura di), *Modelli di psicoterapia* (pp. 133-213). Roma: Carocci.
- Cionini, L. (2014a). La persona del terapeuta come strumento del cambiamento: implicazioni per il processo formativo. In *Costruttivismi, 1*, 29-33. (<http://www.aippc.it/costruttivismi/wp-content/uploads/2016/12/2014.01.028.032.pdf>)
- Cionini, L. (2014b). *L'approccio costruttivista alla terapia dei disturbi post-traumatici*. Relazione presentata al Congresso della Azienda Sanitaria Firenze, "Trauma, sviluppo traumatico, vulnerabilità e cura del trauma", Sesto Fiorentino, 21 novembre.
- Cionini, L. (2015). Il linguaggio delle parole, il linguaggio del corpo e il linguaggio delle immagini nel processo di cambiamento. In *Costruttivismi, 2*, 169-180. (<http://www.aippc.it/costruttivismi/wp-content/uploads/2015/09/2015.02.169.180.pdf>)
- Cionini, L. (2016). *Traumi relazionali precoci multipli e dissociazione: la logica dell'assurdo*, Relazione presentata al VII Congresso della Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia (FIAP) su "Amore e Psiche: la dimensione corporea in psicoterapia", Ischia 6-9 ottobre.
- Cionini, L., & Mantovani, I. (2016). *La conversazione terapeutica*. Manoscritto non pubblicato.
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique*. Paris: Alcan.
- Liotti, G., & Farina B. (2011). *Sviluppi traumatici: eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina.
- Miller, D. (1994). *Women who hurt themselves*. New York: Basic Books. (trad. it. *Donne che si fanno male*. Milano: Feltrinelli, 1997)

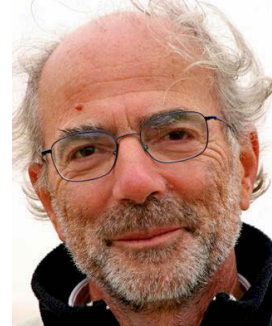
## Leggere la dissociazione dell'esperienza del trauma relazionale

- Ogden, P., Kekuni, M., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body*. New York: Norton.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide*. New York: Guilford. (trad. it. *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*. Roma-Bari: Laterza, 2003)
- Shore, A. (2011). Foreword. In P. M. Bromberg. *The shadow of the tsunami: And the growth of the relational mind*. Hillsdale: Routledge. (trad. it. Attaccamento, trauma, dissociazione: una premessa neurobiologica. In P. M Bromberg. *L'ombra dello tsunami; la crescita della mente relazionale*. Milano: Raffaello Cortina, 2012)
- Steele, K. (2015). *Dalla resistenza alla comprensione. Approcci psicoterapeutici integrati con pazienti difficili*. Relazione presentata al Congresso dell'Istituto di Scienze Cognitive su "Attaccamento e Trauma", Roma 25-27 settembre.
- Stern, D. B. (2003). *Unformulated experience: From dissociation to imagination in psychoanalysis*. Hillsdale: The Analytic Press. (trad. it. *Dalla dissociazione all'immaginazione in psicoanalisi L'esperienza non formulata*. Pisa: Edizioni del Cerro, 2007)
- Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: Norton. (trad. it. *Il momento presente*. Milano: Raffaello Cortina, 2005)
- The Boston Change Process Study Group (2010). *Change in psychotherapy. A unifying paradigm*. New York: Norton. (trad. it. *Il cambiamento in psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina, 2012)
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: Norton. (trad. it. *Fantasm del sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Milano: Raffaello Cortina, 2011)
- Van der Kolk, A. C., McFarlane, L., & Weisaeth, L. (Eds.) (1996). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: Guilford. (trad. it. *Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*. Roma: Edizioni Magi, 2004)

### Gli Autori

*Lorenzo Cionini*, psicologo psicoterapeuta a orientamento costruttivista intersoggettivo, già Professore Associato di Psicologia Clinica presso la Scuola di Psicologia dell'Università degli Studi di Firenze, è Co-Direttore e Didatta della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva a orientamento costruttivista del CESIPc di Firenze, Didatta e past-President della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC), past-President della Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia (FIAP); Didatta della Associazione Italiana di Psicologia e Psicoterapia Costruttivista (AIPPC). È autore e curatore di numerosi articoli e volumi sulla psicologia e sulla psicoterapia costruttivista.

Email: [lorenzocionini@icloud.com](mailto:lorenzocionini@icloud.com)



*Isabella Mantovani*, psicologa psicoterapeuta a orientamento costruttivista intersoggettivo, Didatta della Associazione Italiana di Psicologia e Psicoterapia Costruttivista (AIPPC), insegna nell'ambito della "formazione pratica" alla Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva a orientamento costruttivista del CESIPc di Firenze. Lavora come psicoterapeuta degli adulti e degli adolescenti a Padova, presso il Centro Costruttivamente e a Firenze presso il CESIPc. Si occupa di formazione alla genitorialità e di aggiornamento per medici di base.

Email: [isa.manto03@gmail.com](mailto:isa.manto03@gmail.com)



### Citazione (APA)

Cionini, L., e Mantovani, I. (2016). Leggere la dissociazione dell'esperienza del trauma relazionale: la psicoterapia nell'ottica costruttivista intersoggettiva. *Costruttivismi*, 3, 40-62. doi: 10.23826/2016.01.040.062