

## Frammenti di psiche

Processi traumatici complessi e psicologia analitica

A cura di  
Massimo Germani e Marigia Maulucci

Prefazione di Vittorio Lingiardi



FrancoAngeli

PSICOTERAPIE

## PSICOTERAPIE

Il libro, nel suo complesso, si costituisce come un ponte attraverso cui realizzare un incontro strutturato e approfondito tra uno dei temi più discussi e più studiati di questi ultimi anni, quello dei processi traumatici complessi, e la psicologia analitica.

Un incontro fin qui mai affrontato organicamente, ma divenuto ineludibile alla luce della centralità, nel corpus teorico junghiano, dei concetti di dissociazione psichica e dei complessi autonomi a tonalità affettiva.

Il recente superamento del concetto unitario di trauma ha coinciso infatti con l'identificazione di una tipologia di esperienze traumatiche con caratteristiche specifiche, potenzialmente capaci di indurre quadri psicopatologici complessi e impegnativi, accomunati da alterazioni profonde di tipo dissociativo. L'attenzione rivolta dai clinici e dai ricercatori verso i processi traumatici complessi ha (ri)portato al centro del dibattito clinico il tema dei fenomeni dissociativi e della dissociabilità psichica, anche attraverso la riscoperta delle straordinarie intuizioni di autori, come Pierre Janet, che per decenni erano stati "dimenticati".

Numerosi studi critici, del resto, hanno evidenziato lo stretto collegamento delle idee junghiane al pensiero di Janet, in particolare riguardo alla concezione generale dell'architettura psichica. I concetti junghiani di dissociabilità della psiche e di complesso autonomo a tonalità affettiva appaiono dotati di inesauroibile valore euristico e concettualmente (quanto mai) appropriati per l'elaborazione di un modello interpretativo originale, permeabile ai dati clinici e neurobiologici più recenti e dialogante con altri modelli teorico-clinici, che possa supportare sia il lavoro clinico, sia la ricerca e la definizione di forme e modalità d'intervento più appropriate ed efficaci.

Massimo Germani, psichiatra e psicoanalista (AIPA-IAAP), è stato direttore del Centro per lo studio e il trattamento delle patologie post-traumatiche dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni di Roma e fondatore e coordinatore nazionale del NIRST – Network Italiano per i Richiedenti Asilo Sopravvissuti a Tortura. Insegna Psicologia Clinica presso l'Università La Sapienza di Roma ed è coordinatore del Gruppo di lavoro congiunto AIPA-CIPA sui Processi Traumatici Complessi.

Marigia Maulucci, psicologa e psicoterapeuta, membro del Centro Italiano di Psicologia Analitica (CIPA) per il quale svolge attività di docenza, di supervisione e di analisi di formazione, attualmente è componente della Commissione Scientifica del CIPA e coordinatrice del Gruppo di lavoro congiunto AIPA/CIPA sui Processi Traumatici Complessi. Vive e lavora privatamente a Roma.

 FrancoAngeli  
La passione per le conoscenze

ISBN 978-88-917-9945-6

€ 35,00 (I)

### *Frammenti di Psiche: processi traumatici complessi e psicologia analitica* a cura di Massimo Germani e Marigia Maulucci

**Prefazione**  
di Vittorio Lingiardi

*Io non provengo da Freud, ma da Eugen Bleuler  
e da Pierre Janet che furono i miei diretti maestri.*

Carl Gustav Jung, 1934, p. 258.

Trauma, traumi. Tipo I: accidentale, per calamità naturale, malattia invalidante, con dolore fisico. Tipo II: interpersonale, per mano umana, conosciuta o sconosciuta, umano su umano, stupro o tortura. Tipo III: dell'identità, che infierisce su caratteristiche personali non modificabili, l'etnia, il genere, la sessualità, l'aspetto; Tipo IV: della comunità, che si accanisce su un gruppo, una cultura, le sue credenze, le sue tradizioni, gruppo persecutore contro gruppo vittima. Tipo V: persistente, cumulativo, ri-traumatizzante. Impossibile percorrere la genesi delle sofferenze, descrivere la psicopatologia, ipotizzare e promuovere la cura senza conoscere, provare a conoscere, la vasta e infelice famiglia dei traumi. Le sue ascendenze: nel temperamento, nel caregiving, nell'attaccamento, nella disclosure e nella resilienza. E le discendenze: in forme acute o croniche, con dissociazioni che cristallizzano il sintomo e disturbano la personalità, danni immediati o futuri, nella vita della vittima o delle generazioni a venire, nel funzionamento biologico e somatico, nel corpo che presenta il conto. Alle spalle un dibattito sordo su "che cosa" considerare traumatico, a partire dall'ancora sanguinante incrinatura freudiana tra realtà esterna e mondo intrapsichico. Dimensioni inseparabili la cui contrapposizione non è più sostenibile. È una storia lunga e anche dolorosa, interna a Freud stesso e poi riverberata nelle opposizioni mentali Freud-Janet, Freud-Ferenczi, Freud-Jung, Klein-Bowlby (vedi Mucci, Craparo, Lingiardi, 2019). Da lì in poi un cammino di ricomposizione ha via via spostato l'attenzione dai fantasmi al mondo reale, specie quello co-costruito nelle cure primarie. Ci soccorrono Anna Freud e Dorothy Burlingham che studiano i bambini sfollati della seconda guerra mondiale, René Spitz che ascolta quelli precocemente ospedalizzati e privati delle cure materne. Si fa strada il concetto di trauma cumulativo di Masud Khan, non solo quindi il singolo evento sovrachiantante ma le «tensioni e le pressioni che il bambino piccolissimo sperimenta nel contesto della dipendenza del suo Io dalla

madre in quanto scudo protettivo e Io ausiliario” (1963, p. 45). Con John Bowlby prende finalmente corpo un nuovo paradigma: dallo studio clinico del mondo interno infantile a quello osservativo della relazione tra bambino e caregiver, l’impatto di separazioni e perdite sul funzionamento della personalità. Costretto per ragioni di spazio a saltare molti passaggi fondamentali, non posso però tralasciare il contributo cruciale di Judith Herman (1992, 1997/2015) nella costruzione diagnostica del *Complex Post-Traumatic Stress Disorder* (C-PTSD) come esperienza continuativa di traumi interpersonali, dall’abuso intrafamiliare alla prigionia in campi di concentramento. Impossibile comunque elencare tutti i numi tutelari della clinica del trauma. Doveroso però ricordare l’approccio innovativo – “something more than interpretation” – di Daniel Stern, Karlen Lyons-Ruth e il Boston Change Process Study Group. E poiché ormai sappiamo che non esiste clinica del trauma senza clinica della dissociazione, ecco da una parte gli studi di Giovanni Liotti (1999a, 1999b; Liotti, Farina, 2011) sull’attaccamento disorganizzato, e dall’altra gli insegnamenti clinici di Philip Bromberg sull’«ombra dello tsunami», cioè l’interminabile azione del trauma, il «residuo di un affetto non elaborato, dissociato, che il cervello non è in grado di regolare» (2011, p. 49). Il lungo viaggio della clinica del trauma (quanto ci colpirono, alla fine degli anni Novanta, le ricerche sugli orfani rumeni istituzionalizzati e deprivati, la loro esposizione cronica ad alti livelli di cortisolo, la perdita delle funzioni corticali nelle aree fronto-temporali; Perry, Pollard, 1998, Perry, 2002; Gunnar, Cheatham, 2003) è infine arrivato dentro il corpo (Van der Hart, Nijenhuis, Steele, 2006; Schore, 2012, 2017; Schlumpf et al., 2014; van der Kolk, 2014) ed è immerso nel dialogo con le neuroscienze (per un inquadramento scientifico esemplare si veda il volume curato da Riccardo Williams, 2009). Al punto che il trauma oggi può essere definito una rottura della connessione io-tu che modifica la struttura e le funzioni cerebrali.

Ed eccoci finalmente a “Frammenti di psiche”, il libro che state per leggere grazie alla cura di Massimo Germani e Marigia Maulucci. Un libro che, fin dal titolo, si lascia alle spalle una concezione del trauma unitaria e “semplice” a favore di una visione multipla e “complessa”. Un lavoro che potremmo sintetizzare in tre principali intenti: il recupero delle intuizioni janettiane sulla dissociabilità della psiche; la costruzione di un dialogo tra clinica del trauma complesso e psicologia analitica junghiana e post-junghiana, soprattutto a partire dai concetti di dissociazione psichica e di complessi autonomi a tonalità affettiva; la promozione di un modello junghiano del trauma in grado di dialogare e integrarsi con la psicopatologia clinica contemporanea e le più recenti acquisizioni della neurobiologia. Per citare il famoso passo che Henri Ellenberger (1970) dedica all’opera di Janet, potremmo dire che

“Frammenti di psiche” si propone di riportare alla luce e poi in vita nuovi quartieri della «grande città sepolta sotto le ceneri». A quanto ne so, infatti, quello tra processi traumatici complessi e psicologia analitica è un incontro che finora si è svolto in modi parziali (Kalshed, 1996, 2013) o episodici (Vezzoli, 2020; ma si veda anche Shamdasani, 2003). In ogni caso mai completi e (ri)fondativi come in questo volume: che non è frutto di un interesse improvvisato ma di un lavoro di anni disseminati di incontri e confronti in un gruppo aperto, composto da analisti AIPA e CIPA (e così si curano anche gli antecedenti traumatici di un passato scismatico). Ho appreso con ammirazione che dal prossimo anno lo stesso gruppo, a cui magari si aggiungeranno i colleghi entusiasti di questo volume, si dedicherà, a partire dalle basi teoriche qui raccolte, alla clinica dei processi traumatici, spero prendendo in esame critico le molte, forse troppe, terapie dagli acronimi di successo.

Grazie a questo libro possiamo ritrovare un pensiero junghiano da connettere al futuro della clinica del trauma. Come scrivono i curatori, la cifra di questo lavoro è la «contaminazione», intesa non come forzata sommatoria di “frammenti teorici”, ma come intreccio fecondo di prospettive interdisciplinari. Sarebbe lungo soffermarsi su ogni singolo capitolo, mi limito a elencare l’indirizzo dei principali contributi: storico-modellistico, teorico-clinico, diagnostico, psicologico analitico, psicopatologico, neurobiologico.

Considerato il mio antico impegno sul versante diagnostico, trovo che un aspetto encomiabile di questo volume sia l’apertura priva di pregiudizio all’intera galassia diagnostica dei processi traumatici. Tra cui, lo dico con una punta di orgoglio, la nuova edizione del *Manuale Diagnostico Psicodinamico* (PDM-2) (Lingiardi, McWilliams, 2017) che con tempismo ha subito incluso un’ampia sezione che comprende, tra gli altri, i disturbi correlati a eventi di vita, a condizioni stressanti, a eventi traumatici; i disturbi da stress acuto, da stress post-traumatico e da stress post-traumatico complesso; e la varietà dei disturbi dissociativi. Il tutto, con i dovuti accorgimenti, per ogni fascia d’età diagnosticamente contemplata dal Manuale: la prima infanzia, l’infanzia, l’adolescenza, l’età adulta, gli anziani. Come leggiamo nel solido capitolo introduttivo che Massimo Germani, forte anche della sua notevole esperienza clinica nella cura dei sopravvissuti a tortura e violenza estrema, dedica ai nuovi paradigmi della psicopatologia dei traumi complessi, «per quanto concerne i disturbi di tipo post-traumatico, il PDM-2 non solo riconosce la validità del costrutto diagnostico del Complex PTSD, ma assume una più generale posizione innovativa e clinicamente coerente con le attuali concezioni riguardanti l’intima correlazione tra esperienze traumatiche, in particolar modo di tipo complesso, e il vasto campo dei disturbi dissociativi». «Nel PDM-2», aggiunge, «viene anche sviluppata

un'importante considerazione, riguardante la natura del legame tra trauma e dissociazione. Viene sottolineato come tra di essi non esista un nesso causale di tipo lineare e obbligato, ma che i fattori implicati sono numerosi e di varia natura». È la giusta perorazione di una visione sempre binoculare. Se il clinico si dedica esclusivamente alla ricerca delle "cause" rischia di non trovare l'antefatto ricercato o di trovarne uno «sbagliato». Se si dedica esclusivamente agli effetti andrà a identificare ogni genere di fenomeno dissociativo, non sempre riconoscibile e talora riconducibile più a un'atmosfera che a un sintomo preciso. «È da tenere presente la concreta possibilità di trovarsi di fronte a una *dissociazione sine trauma* o a un *trauma sine dissociazione*», conclude Germani, elencando alcune ragioni di questa assenza: gli imperscrutabili percorsi della memoria, le reticenze che mettono radici di vergogna o di colpa, il pulviscolo della trasmissione transgenerazionale e molto altro.

Non sempre è possibile ridurre la diagnostica del trauma all'elenco di criteri, peraltro indispensabili, che mirano a individuarne immediatamente le dimensioni oggettive e fattuali. Sono necessarie posizioni più stratificate e sottili, quelle appunto che oggi definiscono il trauma complesso nelle sue diverse manifestazioni e nomenclature. Bene comunque che il DSM-5 (APA, 2013) abbia scelto di presentare criteri più dettagliati e di fornire una lista allargata di eventi che possiamo considerare traumatici, precisando inoltre che non è una lista esaustiva. E bene che, a differenza del DSM-5, la nuova edizione dell'*International Classification of Disease (ICD-11)* (WHO, 2018), abbia introdotto ex-novo la categoria del Disturbo Post-Traumatico da Stress Complesso, adeguandosi a quel *common ground* clinico-diagnostico che da tempo caratterizza il nostro sguardo clinico. Nell'assessment post-traumatico, al di là del sistema di classificazione adottato, sarà l'incontro tra l'oggettiva e indiscutibile traumaticità dell'evento e la peculiare soggettività dell'individuo che lo subisce e della sua risposta.

Nelle Considerazioni generali sulla teoria dei complessi, Jung afferma con una certa ironia che oggi tutti sappiamo di avere dei complessi, senza però sapere che i complessi hanno noi. «L'ingenua premessa dell'unità della coscienza», prosegue, «e della supremazia della volontà, è posta seriamente in dubbio dall'esistenza del complesso». Fino a dare per certa «l'ipotesi che i complessi sono parti autonome della psiche» e che la «loro origine è sovente un cosiddetto trauma, uno shock emotivo e simili, a causa del quale una parte della psiche si è distaccata» (1934, pp. 112-113). Come testimonia il libro curato da Germani e Maulucci, questo distaccarsi di parti della psiche produce la complessità clinica del trauma, le sue sequele psicopatologiche e le sue risposte dissociative. Chi lavora

## ***Psicopatologia dei processi traumatici complessi. Nuovi paradigmi***

Massimo Germani

### **Pluralità del discorso psicopatologico**

La psicopatologia non si presta a una definizione univoca, è una disciplina frammentata in cui coesistono visioni e strategie terapeutiche divergenti e spesso incompatibili tra loro. Per precisione si dovrebbe, infatti, parlare di *psicopatologie* al plurale (Civita, 2008). Del resto, anche l'oggetto stesso della psicopatologia, la malattia mentale, sfugge a una definizione soddisfacente e condivisa che riesca a specificare i confini precisi del concetto.

Non deve essere poi sottovalutato, il dato insopprimibile per cui la lettura psicopatologica è sempre coassiale alla cultura del tempo, ne subisce le influenze e a sua volta la influenza. Come ogni sapere, ma forse ancor di più di altri, essa è lo specchio della visione del mondo e dello stato dell'arte della conoscenza. Karl Jaspers, nella prefazione alla prima edizione della *Psicopatologia Generale*, affermava: «Nella psicopatologia esistono una serie di modi di osservazioni, una serie di vie affiancate, ognuna valida di per sé; esse si integrano senza disturbarsi reciprocamente» (Jaspers, 1913, prefazione).

In generale, si possono riconoscere nella psicopatologia due livelli concettualmente separati, due grandi "famiglie": le *psicopatologie descrittive*, che si basano sulla descrizione precisa e sulla categorizzazione dei sintomi, delle esperienze e dei comportamenti presenti nei disturbi mentali, senza andare al di là di ciò che si manifesta all'osservazione obiettiva; le *psicopatologie interpretative (o strutturali)*, che cercano, invece, di "comprendere" i disturbi mentali partendo da assunti interpretativi basati su costrutti teorici specifici. L'orientamento "interpretativo/strutturale" consiste quindi nello andare oltre a tutto ciò che è puramente obiettivo e fattuale, focalizzandosi sulla ricerca dei meccanismi e delle strutture che sono all'origine e che sostengono la sofferenza e la patologia psichica. Esistono, chiaramente, diverse e numerose teorie psicopatologiche (interpretativo/strutturali) delle malattie mentali: una psicopatologia psicoanalitica (al cui interno troviamo, in base ai diversi orientamenti, altrettante teorie psicopatologiche), una psicopatologia fenomenologica, una psicopatologia sistemico-familiare e altre ancora. Questa "esuberanza" teorica però, non deve farci dimenticare che il fine ultimo di ogni *teoria psicopatologica* (basata a sua volta su una *teoria della mente*) è quello di essere il fondamento di una *teoria della cura*, in grado di dare vita a una pratica terapeutica coerente ed efficace, atta cioè a comprendere e alleviare le sofferenze del paziente.

In definitiva, risulta evidente come ogni tentativo di affrontare il vasto campo

della psicopatologia, debba confrontarsi con due esigenze opposte: tenere presente le peculiarità del singolo soggetto e ciò che in lui è unico e irripetibile ma, al contempo, cogliere gli aspetti essenziali e oggettivabili che lo accomunano a una classe più vasta di individui che ne condividono le caratteristiche psicopatologiche. In altri termini, i diversi approcci psicopatologici non devono essere visti come alternativi tra loro ma, altresì, come complementari e funzionali a un dialogo tra l'esigenza di una valutazione e formulazione *idiografica* di ogni singolo caso e l'esigenza di approccio *nomotetico*, nosografico-descrittivo, che permetta di individuare il disturbo lamentato dal soggetto all'interno di un gruppo più vasto, coerente e riconosciuto.

### **Psicopatologia descrittiva e diagnosi nosografica**

La psicopatologia descrittiva/classificativa studia i fatti psicopatologici, ossia i sintomi e le malattie mentali, dall'esterno, senza porsi il problema di andare al di là di ciò che si manifesta all'osservazione obiettiva. Dal punto di vista descrittivo, i sintomi psichici vengono percepiti e concettualizzati come anomalie dell'attività mentale o della condotta. Quanto alle malattie, esse vengono caratterizzate come un complesso, variamente articolato nel tempo, di sintomi psichici (Civita, 2008).

All'interno della comunità psichiatrica internazionale, a cominciare dagli anni '50, è emersa la necessità di creare una cornice di riferimento, per inquadrare il vasto e variegato universo dei disturbi mentali, che fosse ampiamente condivisibile da tutti e che prescindesse dai vari modelli teorici e interpretativi. Nel 1959 Stengel scriveva: «[...] c'è una generale insoddisfazione per lo stato delle classificazioni psichiatriche nazionali e internazionali» (Stengel, 1959, p. 11).

È evidente, come la Babele dei vari linguaggi psicopatologici di tipo interpretativo, preziosa da un punto di vista culturale ed epistemologico, insostituibile fonte di sguardi e sensibilità diversi, capaci nel loro complesso, di avvicinarci alla molteplicità e alla irriducibilità della sofferenza psichica, non si prestava, per sua stessa natura, a soddisfare questa esigenza. A tale necessità può invece rispondere la psicopatologia descrittiva che, in virtù del suo carattere (presupposto) "ateoretico", permette appunto di sviluppare una terminologia e delle categorie diagnostiche di tipo puramente descrittivo (Oyebode. In Sims, 2009). L'approccio descrittivo-categoriale, basato sulla classificazione dei diversi disturbi della psiche a partire dai sintomi e dai gruppi dei sintomi, permette, entro ragionevoli limiti, di soddisfare la richiesta di un quadro di riferimento condiviso, flessibile e utilizzabile con facilità, da operatori di diverso orientamento, formazione e ambito culturale. È evidente, ma è bene sottolinearlo una volta di più, che un tale tipo di diagnosi (descrittivo-categoriale), non è adatta, da sola, a essere alla base di un percorso

psicoterapeutico e alla “formulazione del caso” in ambito psicodinamico. È fuor di dubbio che gli psicoterapeuti e gli analisti possono trovare un più adeguato supporto in un approccio diagnostico di tipo dimensionale/idiografico, che metta in primo piano le caratteristiche soggettive e uniche del singolo paziente.

Ci sono però alcune patologie nelle quale è particolarmente importante che il terapeuta, già dopo le prime sedute, riesca ad avere almeno un’idea sulla pianificazione del trattamento. Si tratta di quelle patologie per le quali è consigliabile un approccio terapeutico con un certo grado di specificità. Tra queste ci sono le patologie dello spettro dissociativo/post-traumatico, che spesso possono sfuggire a un riconoscimento precoce per la stessa natura dei sintomi dissociativi che, a differenza di altri tipi di manifestazioni patologiche, per essere individuati richiedono molta esperienza e delle precise conoscenze. In questi casi è evidente l’importanza di una buona e precoce formulazione diagnostica (anche se “orientativa” e “provvisoria”), che metta in grado il terapeuta di adottare, fin dalle prime sedute, un tipo di setting, uno stile relazionale, un tono e una tipologia degli interventi, adeguati a quel tipo di patologia, evitando atteggiamenti e tecniche inefficaci o, addirittura, controproducenti. Vogliamo sottolineare, in accordo con Nancy McWilliams (2012) che le terapie analitiche, lungi dall’essere procedure monolitiche da applicare in modo rigido a chiunque scelga di entrare in analisi, sono un metodo dotato di intrinseca plasticità e di capacità integrativa, in grado, ove certe patologie lo richiedano, di modulare e integrare le proprie procedure, senza per questo perdere di coerenza.

Ai fini della nostra trattazione prenderemo in considerazione il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM), edito a cura dell’*American Psychiatric Association*, nella sua ultima versione DSM-5 pubblicata nel 2013 (APA, 2013) e l’*International Classification of Disease (ICD)*, edito dall’Organizzazione Mondiale della Sanità, nell’ultima versione ICD11, pubblicata nel 2018 (WHO, 2018).

Descriveremo poi il Manuale Diagnostico Psicodinamico, PDM 2, edito nel 2018, un manuale che si propone di promuovere la complementarità e non l’alternativa, tra la conoscenza dei disturbi e la conoscenza delle persone (Lingiardi, McWilliams, 2018). Il PDM-2 rappresenta, in qualche modo, un’integrazione basata su un approccio dimensionale, empiricamente fondata e clinicamente utile alle diagnosi categoriali del DSM e dell’ICD.

### **DSM-5 e disturbi post-traumatici**

Il DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) è, assieme all’ICD, lo strumento di diagnosi descrittiva/categoriale dei disturbi mentali più usato da medici, psichiatri, psicologi e ricercatori di vari orientamenti

## ***Genealogia del complesso a tonalità affettiva***

Anna Gianni, Angiola Iapoce, Marigia Maulucci

### *Introduzione*

In questo lavoro ci collochiamo sull'“origine”, intesa sia come epoca storica degli inizi del pensiero psicoanalitico, sia, e soprattutto, “origine” in senso *genealogico*. Intendiamo con ciò che alcuni concetti della psicoanalisi, fondamentali, sono nati e hanno trovato una loro definizione identitaria all'interno di un pensiero psicoanalitico così come stava allora nascendo. Naturalmente, poiché il pensiero non si nutre di muri e steccati, questi concetti hanno goduto di stratificazioni semantiche molteplici nel corso degli anni a venire, e spesso sono stati anche piegati a significati specifici e a volte anche lontani o addirittura contrari all'ambito semantico originario. Si tratta di un destino comune all'evoluzione del linguaggio, che non riguarda esclusivamente il campo della psicoanalisi ma si applica ad ogni ambito disciplinare.

Ripercorrere quindi un'origine in senso genealogico ha come scopo di far emergere, da un lato, la ricchezza delle stratificazioni semantiche di un certo concetto (che poi significa di una certa porzione fenomenica della realtà); da un altro lato, riandare all'origine, ancora incerta e molto indeterminata di alcuni concetti così come si sono presentati ai loro albori, rileggere tutte le incertezze che erano inevitabilmente legate ai “pionieri” che muovevano i primi passi in territori sconosciuti, ha il senso di avvicinarsi il più possibile ad una realtà fenomenica, come si presentava ai loro occhi, prima che questa avesse subito l'inevitabile irrigidimento teorico dovuto alla altrettanto inevitabile sistematizzazione.

Così, il nostro punto di vista si articola tra sguardo teorico e sguardo teoretico<sup>1</sup>, sistematizzante e logico-concettuale, il primo; aperto alla visione delle cose e il più possibile aderente alla realtà fenomenica, il

---

<sup>1</sup> Per sguardo teoretico intendiamo l'atteggiamento di un osservatore aperto alla comprensione di un fenomeno e supportato da amplificazioni e riflessioni. Ci rifacciamo all'etimologia greca del “vedere”, un vedere che è anche il vedere della mente.



secondo. Riteniamo quindi che è in questa terra di mezzo che potrebbe andare a collocarsi un autentico pensiero junghiano sui temi del complesso, della dissociazione, del trauma, un pensiero junghiano che non sia “stravolto” dalla lettura dei suoi epigoni ma che riesca a conservare quella che potremmo chiamare “la freschezza di uno sguardo”, uno sguardo che possa rimanere aperto, evitando così i muri di una teoria disciplinare assertiva e definitoria che, costringendo, inaridisce, tendendo a “tecnicizzare” il pensiero in un letto di Procuste. Non abbiamo, quindi, lavorato per chiudere i discorsi all’interno di formalizzazioni definite e allo scopo di offrire prescrizioni o suggerimenti; il nostro lavoro si è piuttosto rivolto a cercare di mantenere sempre viva la possibilità di “un nuovo pensare”.

Da un altro lato, tuttavia, non possiamo rinunciare ad un inquadramento teorico, così come anche i nostri padri-pionieri hanno fatto. La Psicologia Analitica ha oramai un suo bagaglio concettuale e linguistico-semanticamente da cui non si può prescindere, anzi si tratta sempre di elementi preziosi per la nostra disciplina, mostra il cammino percorso, la tanta strada che è stata compiuta e ha creato il terreno di pensiero e linguistico necessario affinché la comunità degli junghiani possa dialogare “parlando una stessa lingua”.

Tra sguardo teoretico e occhio teorico: questo è anche il terreno migliore per non perdere il punto di vista terapeutico che è l’anima della nostra disciplina e del nostro lavoro, perché tutti i fenomeni, anche quelli psicopatologici, hanno bisogno di essere affrontati “per quello che sono”, “così come si presentano”, secondo la grandissima lezione di Jung. Il punto di vista della cura della psiche non ci ha mai abbandonato, tentando di non perdere di vista le caratteristiche formali entro cui la patologia si presenta, perché è soltanto attraverso un’acribia rivolta al fenomeno che si può aprire la possibilità di quella lettura “difforme” del caso clinico che è necessaria affinché un paziente si senta compreso e accettato. E, secondo la lezione di Jaspers, attraverso questo percorso, possa ricostruire una propria persona il più possibile integra.

“Origine”, quindi, dei concetti di complesso, dissociazione e trauma complesso, ma non ricerca delle “origini”.

«Seguire la trafilata complessa della provenienza significa mantenere ciò che è accaduto nella dispersione che gli è propria: è ritrovare gli accidenti, le minime deviazioni – o al contrario i rovesciamenti completi – gli errori, gli apprezzamenti sbagliati, i cattivi calcoli che hanno generato ciò che esiste e vale per noi» (Foucault, 1977, p. 35).

Ci siamo dunque lanciate nella ricerca della provenienza non per trovare un fondamento al nostro discorso ma, al contrario, per vedere fino in fondo l'inquietudine di ciò che usualmente si considera immobile, per scorgere la frammentarietà di quel sapere e quella conoscenza che si considera unitaria, per mostrare l'eterogeneità di quel che si immaginava sotto l'ala protettiva della conformità, che talvolta degenera anche in conformismo.

Attraverso la lente genealogica, ecco che concetti quali trauma, complessi a tonalità affettiva, dissociazione psichica emergono guadagnando un primo piano e Jung, con la vivacità del suo sguardo attento, si rivela capace di entrare in dialogo con le teorie attuali. Non perché “Jung lo aveva già detto”, ma perché al di fuori delle strettoie di teorie troppo rigide, si può trovare un terreno comune su cui passato (inattuale) e presente (attuale) possono incontrarsi in un dialogo molto fruttuoso.

Il punto di vista genealogico, che abbiamo adottato, entra inevitabilmente in contatto con lo sguardo dello storico; genealogia e storia, pur rappresentando metodologie differenti, non possono non riferirsi l'una all'altra, in uno scambio reciproco.

«Il genealogista ha bisogno della storia per scongiurare la chimera dell'origine, un po' come il buon filosofo ha bisogno del medico per scongiurare l'ombra dell'anima. Bisogna saper riconoscere gli avvenimenti della storia, le sue scosse, le sue sorprese, le vacillanti vittorie, le sconfitte mal digerite, che rendono conto degli inizi, degli atavismi e delle eredità; come bisogna saper diagnosticare le malattie del corpo, gli stati di debolezza e d'energia, le incrinature e le resistenze per giudicare un discorso filosofico. La storia, colle sue intensità, cedimenti, furori segreti, le sue grandi agitazioni febbrili come le sue sincopi, è il corpo stesso del divenire» (Foucault, 1977, p. 34).

Ma qual è il rapporto della storia con la contemporaneità: «Che cosa intendiamo con contemporaneo?»

La contemporaneità, che non è un dato cronologico, è quel tempo dell'oggi che affonda le sue radici nel passato e protende le sue ramificazioni verso il futuro. È quell'oggi in cui tutti siamo immersi, che in parte ci precede e con il quale siamo in relazione costante, tanto di consenso quanto di distanziamento e di opposizione.

La contemporaneità, non essendo un semplice dato cronologico, è piuttosto caratterizzata dalla posizione di un soggetto, un soggetto che, riferito a un tempo che non è monolitico, ben identificabile, è anch'esso abitato da passato e futuro.

Così Agamben:

«Appartiene veramente al suo tempo, è veramente contemporaneo colui che non coincide perfettamente con esso né si adegua alle sue pretese ed è perciò, in questo senso, inattuale; ma, proprio per questo, proprio attraverso questo scarto e questo anacronismo, egli è capace più degli altri di percepire e afferrare il suo tempo. Questa non-coincidenza, questa discronia non significa, naturalmente, che contemporaneo sia colui che vive in un altro tempo, un nostalgico che si senta a casa più nell'Atene di Pericle o nella Parigi di Robespierre e del marchese di Sade che nella città e nel tempo in cui gli è stato dato di vivere. Un uomo intelligente può odiare il suo tempo, ma sa in ogni caso di appartenergli irrevocabilmente, sa di non poter sfuggire al suo tempo» (Agamben, 2008, pp. 8-9).

### *Affetto, dissociazione, complessi: Bleuler, Ribot, Flournoy*

Sulla base di queste considerazioni e all'interno di questa cornice possiamo estrapolare tre aree particolarmente "calde" per articolare un discorso junghiano sul trauma: l'affetto, la realtà, i complessi.

Fin dal 1906, nonostante l'ancora forte influenza della neo-nata psicoanalisi, Jung non esita a rimarcare che quel "trauma psichico" da cui Freud aveva preso le mosse, evolve piuttosto verso un «fortissimo complesso emotivo destinato a costellare per anni il pensiero e l'azione» (1906, p. 193). Con questo Jung sottolinea che l'emozione – sinonimo di affetto – impone, fin dagli esordi delle sue riflessioni, la propria predominanza su ogni altro aspetto della psiche, con la sua caratteristica – che è poi il suo valore – di aggregare parti elementari per dare ad essi la dignità di "psichico".

## ***Affetti e complessi a tonalità affettiva: il rapporto tra Bleuler e Jung***

Marigja Maulucci

1. Quando scrisse *Affettività, Suggestione, Paranoia*<sup>1</sup>, nel 1906, Bleuler era da otto anni Direttore del Burghölzli, succedendo a Forel e dopo aver diretto l'ospedale psichiatrico Rheinau. A questa esperienza Ellenberger (1970) attribuisce un grande peso nella formazione umana e psichiatrica di Bleuler: la struttura era un grande e arretrato ricovero per anziani con malattie mentali, cui il Nostro si dedicò con passione, parlando il loro dialetto, ascoltando le loro storie, entrando nei loro deliri, insomma stabilendo quel "contatto emotivo" che costituirà il fondamento dell'approccio teorico e clinico del suo lavoro.

Alle spalle di Bleuler gli anni, a cavallo tra il XIX e il XX secolo, in cui la diagnosi e cura della malattia mentale si divideva tra chi pensava di ricercare le cause nell'anatomia del cervello ("le malattie mentali sono malattie cerebrali", diceva Griesinger<sup>2</sup>) e chi, a partire da Pinel, si concentrava sul trattamento morale, umano dei pazienti.

Fu Kraepelin a tentare un superamento dell'impostazione organicista e a introdurre, sul piano nosologico, la distinzione tra disturbi maniaco depressivi e *dementia praecox*, che successivamente Bleuler definì schizofrenia.

Con questo, Kraepelin avvia una sistematizzazione descrittiva che di fatto si contrappone al costrutto di psicosi unica, nella quale assumere in un continuum una pluralità di sintomi: al tema dell'origine dalla/e patologia/e si accompagna quindi una distinzione sullo stesso approccio diagnostico e quindi terapeutico.

Bleuler è assolutamente dentro questa discussione, perché parla esplicitamente di "gruppo" di schizofrenie, perché articola tra l'organico e lo psichico l'origine di queste (come vedremo), perché attribuisce un grande valore al ruolo dell'affettività, perché, in virtù di questo, pone a fondamento del suo lavoro clinico quel "contatto emotivo" che si diceva.

Fu Forel, che diresse il Burghölzli prima di Bleuler, a introdurre il metodo ipnotico e soprattutto ad essere fautore dell'importanza della relazione medico paziente nel trattamento della malattia mentale.

Jung arriverà nella struttura nel 1900: sempre Ellenberger sostiene che è proprio la direzione di Bleuler a favorire la sperimentazione del reattivo di associazione verbale.

Con un eccesso di sintesi, questo il contesto nel quale si sviluppa il pensiero, l'opera e il lavoro psichiatrico di Bleuler e ognuna di queste premesse ci sarà utile per la loro comprensione.

2. Il testo *Affettività, Suggestione, Paranoia*, come detto del 1906, è di fatto la sua opera prima, se si eccettua *Der geborene Verbrecher, eine kritische Studie*<sup>3</sup>, del 1896.

---

<sup>1</sup> Facciamo qui riferimento all'unica edizione italiana dell'opera, a cura di Angiola Iapoce, con la traduzione di Serena Piersanti, per la casa editrice Fattore Umano, 2017. Il testo contiene un'interessante prefazione di Filippo Maria Ferro.

<sup>2</sup> In realtà il suo lavoro è stato molto meno schematico di come viene universalmente ricordato con questa citazione: a sua volta Griesinger, secondo Ellenberger, tentava di superare con un quadro scientificamente sostenuto una lettura, come dire, romantica della malattia mentale, che si era diffusa soprattutto in Francia alla fine dell'Ottocento.

<sup>3</sup> Letteralmente *I criminali nati, uno studio critico*, che apre tutto un capitolo sul rapporto tra Bleuler e Lombroso. Secondo quanto scrive Luciano Mecacci nella sua prefazione a Bleuler (1911b), Bleuler si muove nella linea lombrosiana secondo la quale «nel comportamento dell'uomo civilizzato riemergono forme antiche, ataviche, proprie del comportamento umano primitivo» (p. 30).

Prima, grande, questione che Bleuler affronta è la definizione stessa di affettività, o meglio quello che è stato tradotto – con tutta la perizia e la consapevolezza del problema – come affettività. Bleuler stesso parla di *Gefühl* aggiungendo subito dopo “stato d’animo-affetto-emozione”, quindi tre concetti che vanno per lo più usati contemporaneamente. *Gefühl* non va assolutamente confusa con *Empfindungen*, cioè con le sensazioni corporee legate ai cinque sensi – forse con una possibile eccezione per il tatto<sup>4</sup>.

Certo, esiste un “sentire” del corpo così come è innegabile che le sensazioni del corpo influenzino l’affettività ma siano contemporaneamente da questa influenzate: rendersi conto delle modificazioni corporee è però un processo di intelligenza, che pertiene alla sfera conoscitiva, mentre percepire un sentimento di dispiacere connesso a queste sensazioni appartiene alla sfera dell’affettività.

Leggiamo Bleuler (1906, p. 11):

«La parola *Gefühl*, dunque, significa cose molto diverse non solo nella lingua comune, ma anche in psicologia, e precisamente:

1. una serie di processi centripeti, sensazioni, percezioni (sentire il calore, sentire il corpo).
2. processi percettivi intracentrali, riferiti: a) ad avvenimenti al di fuori di noi (sentimento di certezza, di probabilità); b) ad avvenimenti dentro di noi (sentimenti di tristezza, *sentiment de cécité*).
3. una conoscenza indeterminata e imprecisa, sia essa una percezione diretta oppure una conclusione inconsapevole o confusa nelle sue componenti (il numero 2 e il 3 riassunti sotto il nome di sentimenti intellettuali).
4. i sentimenti di piacere e dispiacere, ai quali dobbiamo aggiungere gli affetti, l’affettività.

*Nei punti da 1 a 3 si tratta di processi della conoscenza, che sono toto coelo diversi dall’affettività e non devono essere con essa confusi ».*

La distinzione non è peregrina: solo l’affettività produce effetti sul corpo e sulla psiche: conoscere, sentire, capire rischiano di essere irrilevanti per la psiche finché a tutto ciò non si aggiunge un affetto.

«Se l’affetto c’è, esso domina subito tutta la psiche» (Bleuler, 1906, p. 11).

«L’affetto generalizza una reazione, potrei dire (...) l’affetto è una reazione generalizzata» (Bleuler, 1906, p. 12).

L’affetto condiziona le associazioni, dura più a lungo dell’esperienza che lo ha indotto, può alterare la riflessione ma insieme consentirci di superare gli ostacoli: gli affetti determinano più di ogni altra cosa le azioni che compiamo o quelle che non compiamo. In questo senso possiamo dire che gli affetti includono la volontà, ma sono più estesi e più forti di essa. L’affettività è l’impulso e il desiderio che dà una direzione (e un senso?) ai nostri sforzi, ricercando le esperienze connesse al piacere e rifuggendo da quelle associabili al dispiacere.

Sono gli affetti che compongono il nostro ricordo degli avvenimenti del passato, così come ci prefigurano il futuro, con quella preoccupazione o speranza che incide direttamente nel nostro agire nel presente. È in questo senso che dunque l’affettività “legge” l’unità del nostro tempo.

Insomma, l’affettività è funzione a sé, differente e autonoma dall’intelletto e dalla volontà. Ne è prova la sua presenza molto più sviluppata, di quanto non siano le

---

Sempre Mecacci sostiene che queste convinzioni portarono Bleuler a sostenere posizioni eugenetiche prima dell’avvento del nazismo, durante il quale furono rafforzate nelle ristampe del *Trattato di psichiatria* soprattutto per mano del figlio Manfred per poi sparire alla fine del nazismo.

<sup>4</sup> Nelle Definizioni, contenute nel volume 6 delle Opere, *I Tipi Psicologici*, Jung distingue affettività da affetto. La prima, attribuita a Bleuler, va intesa come moto affettivo, distinto dalle percezioni sensoriali e dalle sensazioni corporee, così come distinta dai sentimenti connessi alla sfera del pensiero e della conoscenza. Gli affetti (o emozioni), secondo Jung, si arricchiscono ad opera delle sensazioni derivanti dalle innervazioni corporee da essi attivate. L’affetto è uno stato di sentimento di natura psichica ma anche uno stato di innervazione corporea: questi stati si sommano e agiscono uno sull’altro. Jung, connettendo l’affetto al sentimento, psichizza in due sensi: sottolinea l’aspetto “patico” dell’affetto ma vi lega anche una sorta di percezione sul piano cognitivo, crea una specie di microstruttura dell’affetto che poi servirà al complesso.

funzioni intellettive, nel bambino. Se proprio si vuole stabilire una connessione, essa va costruita nel rapporto non già tra affettività e sensazione<sup>5</sup> quanto piuttosto tra l'affettività e le pulsioni, gli istinti e la volontà.

Particolarmente interessante il rapporto che Bleuler individua tra l'affetto e l'attenzione, che potrebbe essere uguagliata all'interesse, secondo la definizione di Stransky, che Bleuler (1906, p. 12) mostra di condividere: «Quello che notiamo nell'attenzione non è altro che una facilitazione (*Bahnung*) per tutte le sensazioni e le associazioni, per tutti i movimenti che corrispondono all'oggetto dell'interesse e un'inibizione per tutto il resto, ovvero ciò che da sempre conosciamo come effetto degli affetti».

È interessante notare la stretta connessione tra affetti/attenzione e associazioni e quindi come si possa verificare un'alterazione della stessa nelle situazioni patologiche. Bleuler anticipa qui la sua teoria sul sintomo primario di disturbo delle associazioni che metterà alla base – come fattore unico e unificante – di quello che chiama *Spaltung*, vale a dire dissociazione.

Leggiamo come Jung (1904, p. 14) si sia espresso sull'attenzione e quanto può aver influenzato il pensiero di Bleuler: «Conoscendo gli effetti dell'attenzione sul processo associativo conosceremo anche, almeno in generale, gli effetti corrispondenti di qualsiasi evento psichico che sia in grado di fermare l'attenzione». Quindi, come spiega Pieri (1998, p.60) «lo stimolo di oggetti di forte risonanza emotiva non consapevolmente riconosciuti dal soggetto, durante l'esperimento associativo, provoca nel soggetto stesso una particolare forma di attenzione di tipo reattivo in quanto evocherebbe complessi psichici a forte tonalità affettiva ».

Nonostante il valore che attribuisce agli affetti, Bleuler non condivide la tesi di chi afferma che siano i sentimenti, e non le rappresentazioni intellettuali, a tenere insieme l'Io: dell'Io fa parte il materiale sperimentato o registrato consciamente e inconsciamente, i processi intellettuali e quelli affettivi e tutto il portato delle associazioni derivanti dalle esperienze vissute. Per tornare al bambino, certo egli non ha esperienze e quindi ha meno contenuti da associare: non per questo, però, viene intaccata la sua sfera affettiva.

«L'affettività non ha bisogno di contenuti, né di materiale proveniente dall'esterno; l'esperienza fornisce ai vari vissuti solo l'occasione per il prodursi di un affetto. Entrambe le funzioni, in astratto, sono già sviluppate alla nascita; ma l'intelligenza, per manifestarsi, deve raccogliere materiale tramite l'esperienza mentre l'affettività non ha bisogno di materiale estraneo e può dunque esprimersi subito in tutta la sua elaborata complessità» (Bleuler, 1906, p. 30)<sup>6</sup>.

L'affettività si presenta quindi come funzione autonoma e indipendente dall'esperienza e dai processi intellettuali: insieme, compongono il materiale dell'Io. È nella patologia che si registra, non già l'annullamento dell'affettività (come sosteneva Kraepelin), quanto piuttosto il dominio dell'intelletto ad opera dell'affettività. Si può forse registrare una sua scarsa persistenza, ma l'affettività in quanto tale è preservata.

Sostiene Gullotta (1989, p. 84) che

«il mondo affettivo di un paziente con psicosi organica non è abolito, anzi è l'unica cosa che rimane integra. L'apparente assenza di reazioni emotive di questi pazienti è secondaria al deficit intellettuale: essi non sono in grado di formare rappresentazioni adeguate. Qualora si riesca a far comprendere a questi pazienti determinati concetti, si verificano le reazioni emotive che ci si potrebbe aspettare da una persona normale».

---

<sup>5</sup> Bleuler prende chiaramente le distanze dall'affettività intesa come qualità della sensazione (*Ziehen*) o come contenuto della sensazione (*Wundt*).

<sup>6</sup> Forse, però, per Jung non è proprio così, se si pensa all'affetto come collante del complesso: è possibile, credo, registrare su questo punto la differenza tra affettività bleuleriana e affetto junghiano, come sommariamente descritta nella nota 4.

## ***Continuità e Discontinuità dei Processi Dissociativi***

Fabrizio Alfani

Non è facile dire cosa sia la dissociazione. Questo concetto psicopatologico, di cui si è cominciato a parlare nella seconda metà dell'800, è stato considerato fin dagli inizi secondo due prospettive differenti: per alcuni la dissociazione implicava una divisione della personalità e una discontinuità della consapevolezza soggettiva, da considerare come condizioni patologiche o comunque anormali. Questa concezione si fa risalire prevalentemente a Pierre Janet. Invece altri, come i suoi contemporanei William James e Morton Prince, ritenevano che la dissociazione fosse una caratteristica presente in grado maggiore o minore in ogni essere umano, e le differenze fossero solo di ordine quantitativo e non qualitativo (Waller, Putnam e Carlson, 1996).

Questa distinzione teorica e concettuale è presente anche oggi: alcuni ritengono che i processi dissociativi siano da considerare come un continuum di fenomeni qualitativamente simili, le cui differenze riguardano essenzialmente una gradazione dell'intensità delle manifestazioni; invece per altri i processi dissociativi traggono origine prevalentemente da esperienze traumatiche e danno luogo a situazioni psicologiche e sintomatologie cliniche complesse, che possono assumere forme differenti che presentano però aspetti specifici e peculiari.

Nel prosieguo della lettura sarà dunque necessario tenere presente questa premessa: il termine dissociazione racchiude un campo semantico molto ampio, che raccoglie fenomeni anche molto eterogenei tra di loro. Le posizioni sostenute dai singoli autori hanno alcuni elementi in comune, ma per altri versi possono anche differire molto a seconda della prospettiva privilegiata. Questo però non impedisce che si possano riconoscere alcuni punti condivisi, e al tempo stesso individuare i punti di frattura tra i diversi orientamenti, che ci aiutano a comprendere meglio la complessità e l'aspetto proteiforme dei processi dissociativi.

Per alcuni versi la questione della dissociazione fa tornare alla mente il dibattito ottocentesco tra psicosi unica e forme specifiche di disturbo mentale (Gullotta, 1988), che si è riproposto successivamente nella distinzione tra approccio dimensionale e approccio categoriale che ciclicamente si ripresenta nella storia della psichiatria: per alcuni i fenomeni dissociativi possono essere considerati come un modo tipico di funzionare della psiche umana, e pertanto la dissociazione può rappresentare una condizione presente sia nella fisiologia che nella patologia della vita mentale. Invece per altri vengono considerate come dissociative solo quelle manifestazioni che presentano le caratteristiche di un disturbo dissociativo, cioè di una condizione chiaramente patologica o comunque non usuale.

## STORIA DEL CONCETTO DI DISSOCIAZIONE

Nel corso dell'800 i fenomeni psichici che riguardavano la dissociazione avevano a che fare soprattutto con l'ipnosi, il sonnambulismo, gli effetti di sostanze stupefacenti e i fenomeni presentati dai medium, come ad esempio la scrittura automatica e la glossolalia.

Moreau (de Tours), nel 1845, fu probabilmente il primo ad utilizzare il termine 'dissociazione' in un senso più o meno analogo a quello che gli viene attribuito attualmente, in relazione agli effetti dell'uso dell'hascisc (Van der Hart e Dorahy, 2007). Nello stesso periodo si cominciarono a paragonare i fenomeni ipnotici con le varie forme di patologie psichiche, e principalmente con l'isteria, correlandole entrambe con la dissociazione. Tale correlazione dapprima fu una semplice analogia tra fenomeni ipnotici e sintomatologia isterica. Successivamente, nel corso degli anni ottanta del diciannovesimo secolo, Charcot e Janet affermarono che i fenomeni ipnotici, il sonnambulismo e l'isteria si basano tutti su una divisione della personalità (Janet, 1889; Van der Hart e Dorahy, 2007).

Per Janet la dissociazione mentale è la conseguenza di una predisposizione o debolezza mentale, spesso di natura familiare, e di emozioni molto intense e durevoli, che il soggetto non è in grado di elaborare. Le emozioni intense provocano il formarsi a livello subconscio di idee fisse, dissociate dalla coscienza, che si manifestano come sistemi autonomi di idee e funzioni. Tutti i ricordi e i pensieri capaci di provocare emozioni forti e durevoli possono svolgere il ruolo di idea fissa e diventare il punto di partenza dei sintomi isterici. Secondo la visione di Janet l'isteria è una malattia della sintesi personale, caratterizzata da un restringimento del campo di coscienza e da una tendenza alla dissociazione e alla emancipazione di sistemi di idee e funzioni (Janet, 1911).

Contemporaneamente al diffondersi del paradigma dissociativo in ambito psichiatrico, il tema della dissociazione della personalità raccoglieva molto interesse anche presso un pubblico più ampio, e non per motivi clinici. Infatti nella seconda metà dell'800 si diffuse sempre più un vasto interesse per i fenomeni di ipnotismo, scrittura automatica, sonnambulismo, telepatia, che avevano a che fare con situazioni nelle quali era possibile riconoscere che coesistevano nella stessa persona parti distinte della personalità, senza che ciò implicasse necessariamente una concomitante patologia psichiatrica. Il libro di Flournoy (1900) *Dalle Indie al pianeta Marte*, dedicato alla medium ginevrina Hélène Smith, ebbe uno straordinario successo editoriale, testimoniando l'estremo interesse che questi fenomeni suscitavano nel pubblico.

Per quanto riguarda il panorama del diciannovesimo secolo la dissociazione era dunque **un concetto strettamente correlato alla scissione della personalità**, sia che questa si presentasse nella patologia psichica (soprattutto isteria) sia che riguardasse fenomeni non clinici (medium, ipnosi, sonnambulismo spontaneo, ecc.).

Anche Breuer e Freud, nei loro *Studi sull'Isteria* (1892-1895), fecero riferimento alla dissociazione, ma come è noto negli anni immediatamente successivi Freud modificò il suo pensiero, attribuendo alla rimozione il ruolo di basilare meccanismo di difesa e spostando il focus dell'indagine psicoanalitica dagli eventi esterni traumatici alle vicissitudini delle pulsioni e



delle fantasie inconse. La rapida espansione della psicoanalisi nei primi decenni del ventesimo secolo ha posto in ombra il concetto di dissociazione, benché molti psichiatri impegnati nell'esercito durante la prima e seconda guerra mondiale abbiano ripreso il concetto per dar conto della cosiddetta nevrosi di guerra, provocata dagli shock subiti dai soldati sul campo di battaglia. Charles Samuel Myers, psichiatra inglese che si trovava al fronte durante la guerra del 1915-18, utilizzò il concetto di dissociazione per descrivere ed interpretare i sintomi presentati dai soldati reduci dai combattimenti e da prolungati bombardamenti, distinguendo tra ANP (Personalità Apparentemente Normale) e EP (Personalità Emotiva)<sup>1</sup>.

Fino alla seconda metà del ventesimo secolo l'approccio ai fenomeni psichici secondo il paradigma della dissociazione è rimasto in secondo piano o totalmente ignorato dal main stream della psicoanalisi e della psichiatria, se si eccettuano figure significative quali Ferenczi e Fairbairn. Un discorso diverso riguarda la psicologia analitica: Jung considerava la psiche come naturalmente dissociabile (1934, 1947/1954) per la presenza dei complessi a tonalità affettiva che possono presentare gradi diversi di autonomia rispetto al complesso dell'Io. Da questo punto di vista la visione junghiana è molto diversa da quella freudiana e, per stessa ammissione di Jung, si ispira maggiormente a Bleuler, Janet e Flournoy (Shamdasani, 2009, p. 197).

Durante gli anni sessanta del ventesimo secolo diversi autori, soprattutto negli Stati Uniti, cominciarono ad essere particolarmente interessati agli stati alterati di coscienza, non necessariamente di tipo patologico. Si potrebbe dire che la rinascita di interesse per la dissociazione fu dapprima provocata da quel vasto movimento culturale che ha caratterizzato i cambiamenti sociali e politici verificatisi nel mondo occidentale durante il ventennio che comprende gli anni sessanta e settanta. L'interesse per gli stati alterati di coscienza aveva infatti a che fare con la rivalutazione di esperienze psichiche e stati dell'Io poco considerati dalla cultura dominante dell'epoca, oppure da essa giudicati negativamente se non addirittura considerati francamente patologici. Nel 1969 Charles Tart pubblicò un libro nel quale venivano descritti e studiati gli stati alterati di coscienza provocati dall'uso di droghe, dall'ipnosi, dalla meditazione, oppure correlati ad esperienze extrasensoriali. Le manifestazioni di tali stati alterati di coscienza rimandavano non tanto alla divisione della personalità, quanto piuttosto alla depersonalizzazione e alla derealizzazione, così come a stati di trance ed eventuale amnesia susseguente; però esse non venivano viste in una prospettiva esclusivamente patologica, ma piuttosto come opportunità per poter sperimentare "versioni alternative" della realtà.

L'attenzione per la dissociazione sviluppatasi nei primi anni sessanta si accompagnò dunque ad una rivalutazione di stati di coscienza "altri" rispetto a quelli generalmente considerati normali.

Tutto ciò ha una significativa implicazione concettuale: infatti testimonia di un interesse per la dissociazione che prescinde dagli studi sul trauma, mentre noi ormai ci siamo abituati a considerare trauma e dissociazione come due facce della stessa medaglia. L'interesse per la dissociazione dei primi anni sessanta ci può invece aiutare a distinguere meglio tra dissociazione

---

<sup>1</sup> Questa stessa terminologia, esplicitamente mutuata da Myers, è stata utilizzata da Van der Hart, Nijenhuis e Steele nel libro *Fantasmî nel sé* (2006),

traumatica e non traumatica, così come tra dissociazione come alterazione dello stato di coscienza e dissociazione come divisione della personalità, distinzioni queste che saranno meglio approfondite nel prosieguo di questo articolo.

Durante gli anni immediatamente successivi, tra la fine degli anni sessanta e l'inizio degli anni ottanta, fenomeni di grande impatto sociale e politico promossero negli Stati Uniti una rinnovata attenzione nei confronti delle conseguenze psicologiche di gravi esperienze traumatiche. Si trattava dei gravi problemi psichiatrici di cui soffrivano molti veterani del Vietnam e della sempre più frequente riscoperta dell'abuso infantile e della violenza domestica (Herman, 1992). Il riconoscimento di questi ultimi fenomeni fu facilitato anche dal diffondersi del movimento femminista, che ha permesso un più libero confronto di esperienze tra donne e la condivisione di racconti relativi a violenza intra-familiare. Le conseguenze psicologiche di tali esperienze traumatiche potevano dar luogo a sintomi francamente dissociativi, come rivivere nel presente l'esperienza traumatica come se stesse riaccadendo in quel momento (flashback), e inoltre derealizzazione, depersonalizzazione, amnesia degli stati dissociativi fino ad arrivare a casi di personalità multipla. Nel 1980 venne pubblicata la terza edizione del DSM, nella quale le forme dissociative della nevrosi isterica (ma non i sintomi di conversione) vennero raggruppate con la derealizzazione all'interno di una nuova categoria: i Disturbi Dissociativi. Contemporaneamente, nella stessa edizione del DSM, veniva rivolta attenzione agli effetti delle esperienze traumatiche, con la comparsa della diagnosi di PTSD (Post Traumatic Stress Disorder), compresa all'interno dei disturbi d'ansia. Le edizioni successive del DSM e dell'ICD hanno poi rivolto sempre maggiore attenzione alle conseguenze delle esperienze traumatiche e alla sintomatologia dissociativa.

#### **FORME DIFFERENTI ATTRAVERSO LE QUALI PUÒ MANIFESTARSI LA DISSOCIAZIONE**

Nel 2005 è stato pubblicato un articolo il cui titolo recitava significativamente: *Are there two qualitatively distinct forms of dissociation?* (Holmes et al., 2005). Le due forme a cui gli autori fanno riferimento sono quelle del *detachment* e della compartimentazione. Distinguere tra *detachment* e compartimentazione non è solo un modo di classificare due categorie di sintomi spesso compresenti nei soggetti che presentano forme dissociative, ma è anche un tentativo per capire se quelle manifestazioni psichiche siano espressioni diverse di una stessa dinamica psicologica ovvero se traggano origine da meccanismi psichici distinti, seppur correlati.

A queste due forme si potrebbe aggiungere l'assorbimento in un pensiero, in una fantasticheria o in una attività, che provoca un distacco, di entità variabile, dalla realtà circostante. Alcuni autori, come Bromberg (1998, 2011) ritengono che anche queste esperienze siano dissociative, in quanto espressione della normale dissociabilità della psiche, mentre invece altri ritengono che tali fenomeni normali e quotidiani (come ad esempio il sognare ad occhi aperti) vadano decisamente esclusi dall'ambito del concetto di dissociazione (Waller, Putnam e Carlson, 1996). Per *detachment* si intendono esperienze di «stati alterati di coscienza caratterizzati da un

## ***Trauma, neuroscienze e psicologia analitica*** ***I limiti di un incontro possibile***

Concetto Gullotta

Le osservazioni che intendo proporre vanno nella direzione di approfondire le possibilità di un confronto sul tema del trauma fra discipline, in particolare psicologia analitica e neuroscienze, senza però smarrire la consapevolezza delle inevitabili problematichità.

Il ruolo che il trauma riveste nell'organizzarsi della vita psichica è presente nel pensiero di Freud fin dall'origine della psicoanalisi, e nella sua teoria è possibile riconoscere prospettive diverse relative al suo ruolo nella vita psichica. Nella nevrosi traumatica, il peso dell'evento reale traumatico rispetto alla tolleranza del soggetto è messo in relazione con la sua specifica organizzazione psichica e con la storia infantile.

Negli "Studi sull'Isteria" e in "Al di là del principio di piacere", Freud sottolineò il ruolo di eventi esterni nel provocare reazioni affettive che il soggetto non è in grado di elaborare. Invece in "Inibizione, sintomo e angoscia" pubblicato nel 1925, il trauma viene indicato come quella condizione, difesa dall'angoscia automatica, in cui l'Io è esposto all'attacco interno delle eccitazioni pulsionali in modo simmetrico all'attacco esterno, imponendo prioritariamente che l'eccesso di eccitazione del trauma venga scaricato. La teorizzazione freudiana, nella sua costruzione, mantiene una visione economica ed in "Inibizione, sintomo e angoscia" il meccanismo di difesa della rimozione è oltrepassato da una condizione di impotenza psichica, come risposta automatica all'insulto traumatico ed alla sua rimemorazione (Semi, 1997).

Jung (1913) nel "Saggio di esposizione della teoria psicoanalitica" svolge una disamina puntuale della evoluzione nella teorizzazione freudiana focalizzandosi in particolare sul significato della regressione della libido che connota l'emergere del trauma, inteso in senso reale o in senso fantasmatico. A parere di Jung la regressione utilizza le reminiscenze per mettere in scena "un quadro morboso" o una "eziologia apparente". Egli sostiene, in contrapposizione a Freud, che la regressione debba essere interpretata come attivazione di un particolare simbolismo, ossia come messa in scena di uno specifico complesso, conferendo a questa emersione un significato teleologico. *"Le fantasie apparentemente morbose del nevrotico ... sono l'inizio di una spiritualizzazione e della ricerca di nuove vie di adattamento ... La regressione è così, a ben vedere, una condizione determinante dell'atto creativo"*. Jung (1916) riafferma questa lettura in "Sulla psicoanalisi" sottolineando che il momento di *"esplosione di una nevrosi non è casuale ma evidenzia un momento critico nel divenire della personalità"*. In tal modo Jung fa emergere il valore del trauma all'interno della teoria energetico-simbolica (Pieri, 1998). Ancora in "Il valore terapeutico dell'abreazione" (Jung, 1921/1928) indica come nel nevrotico debba intendersi traumatico tutto ciò che fa ostacolo al progredire dell'individuazione. Inoltre, spostandosi dal piano teorico a quello clinico, fa notare come nel considerare un evento traumatico quale fattore etiologico dell'insorgenza di una nevrosi *"il terapeuta...assume di fronte alla malattia un'impostazione causalistica; volge cioè la sua attenzione soprattutto al passato, si occupa del "perché" e non dello "scopo", altrettanto importante"*. Jung, 1934). Qui Jung si riferiva al trauma *"nel senso di un'esperienza infantile determinante"* (ibidem). Peraltro la critica ad una etiologia

esclusivamente traumatica delle nevrosi si riferiva a due categorie di traumi: una era quella del 'trauma infantile'; l'altra era quella dei traumi che insorgono successivamente nel corso della vita, la cui correlazione con l'insorgenza di una nevrosi non può essere ridotta in modo semplicistico ad un rapporto di causa-effetto.

Queste note sintetiche e necessariamente incomplete, conducono al primo punto di natura epistemologica. Infatti la tematica del trauma appare circoscrivere un vasto ambito di ricerca in cui si incontrano con la psicoanalisi teorizzazioni di natura assai diversa come le neuroscienze, la teoria dell'attaccamento, la psicologia evolutiva, che condividono, esplicitamente o implicitamente, una visione naturalizzata della vita mentale e del suo sviluppo. Allora subentra l'inevitabile rischio di spostare verso il polo naturalistico il baricentro dell'orizzonte osservativo. Nell'ottica naturalistica il trauma costituisce un fattore primario causalmente etiologico, sia esso lo stress della madre in gravidanza o la trascuratezza e l'abuso durante l'infanzia e pertanto si andrà a definire, sempre naturalisticamente parlando, una fisiopatologia e non una psicopatologia.

Tali discipline presentano differenti livelli di analisi di quella realtà estremamente complessa, e forse irriducibile ai suoi componenti primari, che va a determinare il rapporto corpo-cervello-mente, rapporto che viene alterato se non compromesso dall'evento traumatico, tanto più quando esso si verifica durante l'età dello sviluppo. Quindi bisogna avere ben chiaro che un conto è il livello microscopico della struttura dei circuiti neurali, un altro quello dei meccanismi funzionali che sostengono le funzioni psicologiche intese in senso statico, un altro ancora quello che sostiene i comportamenti osservabili come l'attaccamento; un aspetto ulteriore è quello in cui si manifesta consciamente e/o inconsciamente il gioco delle rappresentazioni che costituisce la vita psichica del soggetto. E' quest'ultimo livello a rappresentare il campo proprio, il focus, della osservazione psicoanalitica. In sostanza si tratta di chiedersi se focalizzandosi sulla conoscenza dei processi in cui il trauma si incarna, manifestandosi nel cervello, nel corpo e nella funzionalità mentale, non si corra il rischio di essere distolti o fuorviati dalla osservazione del gioco delle rappresentazioni. In tal modo si potrebbe mettere in ombra la domanda che riguarda in cosa consista l'esperienza soggettiva del trauma stesso e come proprio questa esperienza modifichi, abbia indirizzato e continui a indirizzare la vita del soggetto e la sua richiesta di cura. Vale a dire che la troppo semplicistica identificazione del trauma come causa della patologia psichica successiva può occultare il significato peculiare che per quel soggetto ha avuto quella esperienza traumatica e di come abbia influenzato, in modo assolutamente soggettivo, la sua storia di vita e il suo modo personale di cercare di curarsi, sia sotto forma di autocura che rivolgendosi ad un terapeuta.

La visione causalistico/etiologica, necessariamente sostenuta dalle neuroscienze e dalla psicologia cognitiva, riconosce in buona sostanza la genesi funzionale dei sintomi e può indurre a ritenere che il lavoro sui sintomi, siano essi corporei o comportamentali, presupponga una loro guarigione in un perfetto parallelismo con la dimensione medica della terapia. Inoltre per quanto riguarda il trauma evolutivo la visione causalistica induce a ritenere che sia possibile costruire un sapere con cui organizzare un'operativa rete di prevenzione. Ma in modo speculare, qualora si concepisca un'origine esclusivamente di natura psichica, si ricade in una visione causalistica, visione che viene rimproverata da Bleuler a Jung nel momento in cui i sintomi venivano letti da quest'ultimo come se derivassero esclusivamente dalle dinamiche dei complessi a tonalità affettiva (Gullotta, et al., 2010). Il rischio della naturalizzazione induce quindi, dal punto di vista psicoanalitico, a scivolare da una disposizione alla cura ad un progetto di guarigione, come se ne parla in numerosi testi, primo fra tutti quello di B. Van Der Kolk (2015). Potremmo chiederci quanto