

## **Una prospettiva psicoanalitica relazionale sul trauma, sulla dissociazione, e sul loro rapporto con la psicopatologia e l'organizzazione borderline<sup>1</sup>**

*Cesare Albasi\**, *Alioscia Boschioli\**, *Daniele Paradiso\**

SOMMARIO. – Il lavoro prende in considerazione due dei concetti più discussi all'interno della prospettiva relazionale in psicoanalisi: la dissociazione e il trauma. Posti all'interno della tradizione e della riflessione relazionale italiana da oltre 25 anni, gli autori propongono un modello di trauma, dissociazione e organizzazione borderline per evidenziare la loro prospettiva clinica su questi fenomeni e sulla funzione fondamentale della mente dissociante in una specifica prospettiva psicopatologica. A partire dall'osservazione clinica dei livelli descrittivi e fenomenologici e da un modello dei processi psichici coinvolti, questo contributo vuole riflettere sull'esperienza traumatica e su come la dissociazione articoli una possibilità di vita psichica e vitalità residua. Considerando il funzionamento dell'individuo e delle sue relazioni, il lavoro focalizzerà anche l'attenzione sull'esito che la dissociazione ha sugli aspetti esistenziali dell'esperienza soggettivamente e/o oggettivamente traumatica. L'idea è quella di fornire al clinico una prospettiva osservativa, concettuale e operativa che permetta di cogliere diagnosticamente i diversi livelli di funzionamento della mente del paziente. Il lavoro in particolare si concentra sul livello di organizzazione borderline e la specifica psicopatologia connessa. La riflessione sull'organizzazione borderline invita a connettere in modo sistemico mente, corpo, relazione e affetti, nella prospettiva dell'attaccamento e della molteplicità dell'esperienza soggettiva cercando di dare massimo risalto alla specificità della persona che si ha di fronte, alle sue risorse soggettive, ai suoi molteplici livelli di funzionamento.

*Parole chiave:* Psicoanalisi relazionale; trauma; dissociazione; borderline; attaccamento; psicopatologia.

---

\*Istituto Mitchell, Torino. Dipartimento di Psicologia, Università di Torino.

E-mail dell'autore corrispondente: cesare.albasi@unito.it

<sup>1</sup> Versioni precedenti di alcune parti del lavoro qui presentato sono state pubblicate in: Albasi, 2006, 2008a, 2008b, 2009a.

## Introduzione

Con lo scopo di esplorare gli sviluppi delle prospettive relazionali in psicoanalisi, la riflessione proposta da questo numero monografico, dedicata ai contributi relazionali italiani, ci appare come un'importante occasione di confronto su concetti ritenuti rilevanti per la costruzione di una mappa aggiornata di quelli che sono i valori di fondo della relazione terapeutica, non soltanto per i clinici a orientamento relazionale ma per i clinici *tout court*.

Il panorama odierno appare talvolta disorientante se si pensa al progetto inclusivo di Stephen A. Mitchell: alcuni contributi classificano i relazionali dividendoci in relazionali con la 'r' maiuscola o minuscola. Queste distinzioni fanno parte di un contesto nel quale si osserva l'uso strumentale di quello che nasceva come un movimento fortemente etico e orientato alla costruzione di un *psychoanalytic dialogue* che portasse alla luce i problemi che le teorie e i teorici difendevano a danno dei pazienti, per sentirsi appartenenti alla Psicoanalisi; teorici che rivelavano talvolta una scarsa attitudine verso una teoresi precisa epistemologicamente, e una fragilità di autostima che spesso è stata la motivazione per una ricerca acritica di appartenenze istituzionali alle quali si sacrificavano e si sacrificano pazienti e 'candidati'. Sono problemi seri e gravi, ampiamente conosciuti e denunciati da tempo, che hanno segnato la storia della nostra disciplina che, rientrando innanzitutto e necessariamente nella clinica, deve avere come valore ultimo l'interesse dei pazienti in quanto persone e soggetti.

Anche la *International Association for Relational Psychoanalysis and Psychotherapy* (IARPP) stessa va incontro al rischio di istituzionalizzare il tradizionalismo, processo storico-sociale descritto in letteratura. Anche nell'ultimo convegno IARPP tenutosi a Los Angeles a giugno 2022, nelle sue considerazioni finali, Margaret Black Mitchell ha sentito l'esigenza di ricordare a tutti i presenti quali valori fondamentali abbiano spinto Stephen Mitchell a pensare ad un'associazione di psicoanalisi aperta, inclusiva, dialogante, creativa, capace di mantenere vivo lo spirito di ricerca e rigore clinico. Queste qualità dovrebbero caratterizzare fortemente la teoria clinica e la pratica terapeutica relazionale.

Anche nel contesto dei gruppi che si inseriscono nel paradigma relazionale c'è il rischio che movimenti locali tendano ad inaridire questi valori, fino a svuotarli di significato, annegandoli in una logica più finalizzata al consolidamento di una autoreferente posizione corporativa, di influenze e di mercato, piuttosto che aprire e aprirsi a dialoghi scientifici su come incontrare clinicamente la sofferenza umana, nello spirito teoretico proposto e sostenuto da Mitchell.

Il primato concettuale va alla relazione clinica più che alla fede a una teoria (relazionale o meno) o a istituzioni di riferimento.

Il lavoro qui presentato si focalizza sui concetti di trauma, dissociazione e patologia borderline sviluppati nella cornice teorica, epistemologica ed etica qui sopra tratteggiata, per come sono stati sviluppati nel lavoro degli autori negli ultimi 25 anni, nei quali come gruppo a orientamento relazionale, a Torino, gli autori (Capello, Albasi, 1995; Albasi, & Boschioli, 2003; Boschioli 2001, 2003, 2018, 2020; Boschioli, Albasi & Granieri 2003; Paradiso 2012, 2015, 2017, 2018, 2022; Paradiso, Celentani, & Albasi, 2017) si sono impegnati per lo sviluppo e la diffusione di una cultura relazionale nel lavoro clinico, nella ricerca e nella formazione sia all'interno dell'Università, sia fondando l'Associazione Studi Relazionali, sia con l'attività della scuola di psicoterapia dell'Istituto Mitchell.

### Trauma e dissociazione nella psicoanalisi relazionale

I concetti di trauma e dissociazione sono tra i protagonisti della riflessione clinica e scientifica ormai da alcuni decenni. Attorno ad essi ha preso vita un fervido dibattito in molti ambiti delle discipline psicologiche, psichiatriche, neuropsichiatriche<sup>2</sup> e neuroscientifiche. Nella psicoanalisi relazionale questi concetti sono di riferimento per tutti i clinici e i teorici. Come sostiene Sue Grand nel suo contributo all'antologia di riferimento *Decentering relational theory: a comparative critique*, curata da Aron, Grand, Slochower: 'Oggi il trauma è il punto focale della psicoanalisi relazionale. Dissociazione, frammentazione enactment, dis-regolazione affettiva, stati del sé multipli, comunicazioni somatiche, disordini dell'attaccamento, vuoti nella mentalizzazione: questi termini ci sono ora familiari. (...) Il termine trauma è oggi diventato un ampio contenitore che include dal genocidio al concetto di *dead third* di Gerson, alla relazione di non sintonizzazione cronica nell'infanzia e nella fanciullezza precoce. E tutti questi aspetti si riferiscono al collasso della mentalizzazione' (2018, p. 7).

La grande mole di ricerche a nostra disposizione ha messo in evidenza alcune dimensioni comuni: i) innanzitutto, l'evidenza che il trauma sia un *oggetto di studio scientifico (o ipotesi di ricerca, o costruito) consistente*. Questo implica l'invito, nel lavoro clinico, a tenere in mente *l'ipotesi clinica* che i disturbi gravi del funzionamento mentale (compresa la psicosi) e della personalità (a cui ci riferiamo con il concetto di organizzazione borderline) si siano sviluppati in un contesto di esperienze traumatiche; ii) inoltre, che il trauma sia *un'esperienza specifica di grave fallimento nella rela-*

---

<sup>2</sup> Secondo i dati epidemiologici del Dipartimento della Salute degli Stati Uniti: 1,06% dei bambini negli USA subisce maltrattamenti e abusi; il 60% di essi è vittima di neglect, il 13% di maltrattamenti multipli, il 10% di abusi fisici e il 7% di abusi sessuali (Fairbank e Fairbank 2009).

zione reale tra l'individuo e i suoi caregiver, o, detto in termini più generali: organismo e ambiente<sup>3</sup>; iii) infine, che la particolarità e specificità di questo fallimento riguardi la *soggettività dell'individuo*; non sia quindi facilmente classificabile tramite categorie discrete, e debba pertanto essere compresa in termini di *processi intersoggettivi*<sup>4</sup>.

Nella ricerca clinica sul trauma, dunque, è di notevole rilievo il momento teorico: essa richiede un'attenta concettualizzazione sia delle proprietà e dei processi interni e relazionali che ne costituiscono l'essenza, sia delle condizioni critiche, sia dei processi specificatamente volti a fronteggiarlo difensivamente, e tra questi in particolare i processi dissociativi.

Sul piano concettuale, sono state proposte molte prospettive di studio del trauma<sup>5</sup>. In questo contributo adottiamo una *prospettiva psicoanalitica relazionale che si focalizza sui processi soggettivi e intersoggettivi dell'attaccamento, del trauma e della dissociazione*; non, quindi, un punto di vista osservativo esterno, descrittivo e tassonomico. Cercheremo di formulare alcune ipotesi sui processi mentali e relazionali (dell'individuo e delle figure di attaccamento) che potrebbero contraddistinguere come traumatica una

---

<sup>3</sup> Dal punto di vista teorico, in una prospettiva psicologico-clinica ed evolutiva, possiamo intendere in via analogica: per 'ambiente' le figure di attaccamento e per 'organismo' i processi mentali.

<sup>4</sup> Queste considerazioni non sono affatto scontate: attorno alle ipotesi di eziopatogenesi relazionale traumatica per i disturbi psichici si è costruita, passando per scissioni e oscuramenti di vario tipo, nientemeno che la storia della psicoanalisi. Pensiamo a quante persone, nel mondo, hanno fatto ricorso a trattamenti orientati psicoanaliticamente (in contesti di pratica privata o pubblica, nei servizi): il fatto che i suoi modelli portanti ruotino attorno alle pulsioni e alla rimozione, piuttosto che al trauma e alla dissociazione, ha significato molto per la salute di tante persone.

<sup>5</sup> Per esempio, è possibile adottare un punto di vista descrittivo maggiormente legato alla definizione di tipologie di eventi, di comportamenti di difesa o evitamento e di collezioni di sintomi, punto di vista che potremmo definire schematicamente come orientato verso l'esterno (cfr. le tradizioni di ricerca su stress, coping, disturbo post-traumatico da stress, ecc.). È anche possibile una prospettiva nosologica che, guardando alle manifestazioni esterne e sintomatiche, si è erroneamente autodefinita come ateorica nel tentativo di sospendere le ipotesi eziopatogenetiche, come quella proposta dai vari DSM dell'A.P.A. (anche se, di fatto, la diagnosi di disturbo post-traumatico da stress si riferisce, di fatto, all'eziologia); ma l'approccio nosologico sindromico classificatorio alla psicopatologia, soltanto uno dei molti possibili (Albasi, 2008b), come viene sempre da più parti riconosciuto, non è il più utile per la formulazione del caso e una presa in carico psicoterapeutica (per una bibliografia sull'argomento, cfr. PDM Task Force, 2006; Lingiardi, McWilliams, 2017). Dal punto di vista classificatorio e nosografico continua ad essere considerato interessante fare distinzioni descrittive tra quadri nosografici, per cui tra patologia borderline e trauma/dissociazione (Lewis, Caputi, Grenyer, 2012; Lewis, Grenyer, 2009), e tra diversi quadri sintomi traumatici come PTSD (disturbo post-traumatico da stress) e disturbo post-traumatico da stress complesso (Herman 1992a, 1992b), e disturbo da stress estremo non altrimenti specificato (DESNOS: *disorder of extreme stress non otherwise specified*) (van der Kolk, 2005).

specifica configurazione di esperienza. Infatti, affinché i concetti di trauma e di dissociazione generino un pensiero che possa sostenere in modo essenziale la pratica clinica (per esempio, il lavoro terapeutico a orientamento psicoanalitico relazionale, ma non soltanto), la loro formulazione deve implicare le dimensioni della soggettività, della relazione, dei processi (cioè del senso della processualità dei fenomeni) e della molteplicità dei livelli di funzionamento; dimensioni che della prassi psicoterapeutica rappresentano i cardini portanti.

Con riferimento a questo obiettivo (e per confrontarsi con l'utilizzo contemporaneo del termine dissociazione che come osservato da più parti può risultare 'elusivo, vago, confondente e contraddittorio', Dell, O'Neil, 2009, p. 225) coniugando le tradizioni dell'*Infant Research*, della teoria dell'attaccamento e della prospettiva relazionale in psicoanalisi, è stato sviluppato il concetto di dissociazione enfatizzandone le dimensioni processuali e rispondendo all'esigenza clinica di rendere specifica la fenomenologia psicopatologica compresa da questo concetto.

Il primo punto è che i processi dissociativi sono talvolta confusi con i contenuti dissociati (per cui i clinici ragionano su *parti dissociate*, *aspetti dissociati*, ecc.). I processi dissociativi sono un'attività mentale, una funzione mentale, si strutturano in termini di funzioni, operazioni. Per cui per comprendere i pazienti con organizzazione borderline bisogna ragionare con un concetto di *mente dissociante* più che *mente dissociata*; avere una sensibilità epistemologica e clinica orientata ai processi; e imparare ad esprimersi tramite avverbi e verbi più che con sostantivi e aggettivi.

La prospettiva osservativa per comprendere questo problema patologico è quindi quella di guardare la mente del paziente come *attiva*, e la sua esperienza come *strutturantesi* in modo dissociato.

Il secondo punto è che la dissociazione o, meglio, i processi dissociativi vanno intesi come un *impedire la ricerca del significato dell'esperienza* (il più in anticipo possibile), cioè, paradossalmente, il funzionamento della mente stessa (e ci troviamo di fronte alla prima necessità di ragionare per paradossi: la mente che funziona sospendendo attivamente il suo funzionamento). Anche in questo caso vogliamo sottolineare che, più che parlare di *significati dissociati* che implica che la mente possieda quei significati e li escluda dalla coscienza (come fa nel caso del conflitto nevrotico), meglio pensare in termini di una esperienza di *confusione* del paziente, di sentirsi incapace di formulare una esperienza con significati, cioè di sentire l'esperienza come propria (cioè *compiutamente soggettiva*), quindi di *non sentire la realtà* interiore di quello che, nondimeno, si rende conto che sta vivendo nelle sue relazioni.

Come sappiamo, il concetto di difesa psicologica più utile per descrivere il funzionamento proprio dell'*organizzazione nevrotica* implica un'esclusione difensiva dalla coscienza di esperienze formulate e articolate nella

mente, per esempio con nessi tra rappresentazioni e affetti. La formulazione di queste esperienze all'interno della mente è sufficiente da comportare, soggettivamente, un significato che sarebbe sperimentato come disturbante, attivando importanti conflitti. Per cui l'attività difensiva della mente interviene deteriorando quest'esperienze (per esempio anche intervenendo sui nessi rappresentazioni-affetti, come nel caso della rimozione, che sgancia le rappresentazioni, o delle razionalizzazioni, che sganciano gli affetti). Le difese tengono sgombra la coscienza impedendo l'esperienza soggettiva di alcuni nessi, quindi impedendo l'esperienza soggettiva dei significati che risulterebbero da questi nessi.

Mentre i processi dissociativi riguardano le situazioni in cui non si è in grado di formulare in nessun modo l'esperienza. Viene compromessa l'esperienza di sentirsi vivi, dotati di una mente viva e funzionante che cerca il significato dell'esperienza. Schematicamente, dobbiamo immaginare i processi dissociativi come processi che anticipano la formazione di nessi, in quanto sono dispiegati *per escludere dalla coscienza, non l'esperienza di un eventuale significato conflittuale, ma la confusione determinata dall'esperienza di non essere in grado di cercare un significato*; questa confusione la chiamiamo anche senso di frammentazione e, in definitiva, è l'angoscia di impazzire, cioè la paura di avere un radicale attacco di panico (come Pao, 1979, definiva l'esperienza psicotica), la paura di avere un accesso di ansia così forte da immaginare di non potersi riprendere. La dissociazione si attiva perché una persona ha paura di morire. E, in effetti, la morte della mente coincide con l'impossibilità di cercare significati. La minaccia che si vive nell'esperienza del trauma è la paura di impazzire, di perdere il contatto con la realtà, di non sapere più cosa è reale e di non sentirsi reali; una crisi psicotica, nelle sue componenti esperienziali, è vivere la scomparsa della propria mente, la sua morte; che non essendo la morte del corpo e la cessazione completa dell'esistenza, comporta il paradosso di dover assistere alla propria incapacità di vivere come persone integre, con la propria capacità di cercare il significato dell'esperienza. La dissociazione è un tentativo di sopravvivere 'standone fuori'.

Una prospettiva relazionale sulla psicopatologia: il trauma, la dissociazione, i livelli di organizzazione di personalità

Nella tradizione psicoanalitica sono stati ipotizzati diversi livelli di organizzazione della personalità, spesso riconosciuti anche nella più ampia letteratura clinica non a orientamento psicoanalitico. Se sull'organizzazione psicotica sarebbe necessario ampliare il dibattito al di là di quanto opportuno nell'economia di questo scritto, in quanto il termine 'psicotico' può essere utilizzato sia esclusivamente per un disturbo (come avviene nella prima

edizione del PDM - Manuale Diagnostico Psicodinamico, PDM Task Force, 2006), sia anche per una organizzazione della personalità, i concetti livelli sano, nevrotico e range borderline godono di ampio consenso.

Questi concetti possono essere utilizzati più in un'ottica categoriale 'aut-aut' (il paziente o ha una organizzazione oppure un'altra, nella tradizione di Kernberg<sup>6</sup>, e, fatte le opportune distinzioni, di Bergeret<sup>7</sup>), oppure in un'ottica dimensionale, secondo la quale ognuno di noi può essere descritto come funzionante su tutti questi livelli anche se la *prevalenza* di un livello caratterizza il suo funzionamento attuale.

Sul concetto di *borderline* dobbiamo tenere in considerazione in modo distinto: da un lato, i contenuti psicopatologici che tutti gli autori (o manuali) riconoscono e descrivono più o meno nello stesso modo; e dall'altro lato, l'uso di questi contenuti all'interno di un sistema diagnostico o di una teoria. I contenuti psicopatologici, cioè la fenomenologia borderline, sono ben sintetizzati, per esempio, nelle nove affermazioni che i DSM propongono dal 1980 in poi. Su quelle tutti i clinici potrebbero convergere. Ma gli psichiatri che hanno compilato i DSM hanno poi: i) considerato la psicopatologia descritta tramite questo concetto alla stregua di un disturbo di personalità nosografico tra gli altri elencati come disturbi di personalità (ben più definiti e precisati da caratteristiche patologiche limitate a singole dimensioni principali, mentre da questo punto di vista il concetto di *borderline* è stato molto discusso e articolato su più dimensioni); ii) seguito la tradizione nosografica che ha sottoposto l'uso di questo concetto alle esigenze di *cut-off* comportate da un sistema basato su logiche statistiche e unicamente categoriali. Queste scelte, teoriche (nonostante i DSM siano sedicenti ateorici), se non ideologiche, o di potere, o commerciali (Kutchins & Kirk, 1997; Gøtzsche, 2015), sono quantomeno puramente convenzionali e, come sappiamo da decenni di letteratura sull'argomento, non motivate da ragioni cliniche univoche.

I nuclei, o dimensioni concettuali del costrutto, della patologia *borderline* sono stati descritti con alcune differenze dai diversi autori che se ne sono occupati (per es., Kernberg, 1967, 1975; Adler, 1985; Linehan, 1993; Liotti, 1999; Fonagy & Target, 2001; Fonagy, *et al.*, 2002; Dell & O'Neil, 2009; Meares, 2012), ma ruotano attorno alle seguenti questioni cliniche: problematiche di regolazione (che riguarda sia dimensioni interne come affetti e stati mentali, sia dimensioni di impulsività e condotte); problematiche esperienze di se stessi e di diffusione dell'identità (instabilità, mutevolezza, oscillazioni, dolorosa incoerenza), connesse a processi scissionali; problematiche di relazioni che includono caos e disorganizzazione, connesse a meccanismi di iden-

---

<sup>6</sup> Kernberg (1967, 2004).

<sup>7</sup> Bergeret (1974).

tificazione proiettiva, e reazioni scompensate a fantasie o esperienze di abbandono, separazione, solitudine, e altre tematiche anaclitiche.

Le suddette questioni cliniche sono integrabili in un modello teorico che interpreti il livello di funzionamento borderline attraverso i concetti di trauma e dissociazione per come formulati prevalentemente nella psicoanalisi relazionale.

L'approccio dimensionale all'utilizzo dei livelli di organizzazione ha il vantaggio di poter descrivere, e diagnosticare quindi, un paziente come prevalentemente sano ma con aspetti psicopatologici che sono descrivibili più in senso borderline (dissociativo) che non nevrotico (conflittuale); questo stesso ipotetico paziente sarebbe confusamente descritto come 'nevrotico' se le organizzazioni di personalità fossero utilizzate in modo esclusivamente categoriale, in quanto non 'grave' come un paziente borderline<sup>8</sup> e non sano in quanto con aspetti patologici. Le differenze diagnostiche sono quindi rilevanti, e i clinici conoscono il lavoro in trattamento psicoterapeutico con pazienti che sono prevalentemente sani ma che mostrano sofferenze legate non a conflitti ma ad aspetti dissociativi e a aree di problematicità meglio descrivibili attraverso i concetti della psicopatologia borderline (assenza di significato, senso di vuoto e mancanza di valore, incapacità di sentirsi protagonista di parte della loro vita o di loro relazioni) piuttosto che della patologia nevrotica (conflitto tra significati incompatibili).

## Dissociazione

La *dissociazione* è un'ipotesi per parlare di una attività mentale che, in esperienze estreme, anticipa lo stabilirsi di connessioni interne; per cui è necessario ragionare in termini paradossali di *connessioni potenziali ma che non si sono mai formate*, che sono state impedito in anticipo; e ipotizzare che la dissociazione, più specificatamente, è da considerare più come un processo che anticipa le connessioni, che una distruzione di connessioni mentali.

Meglio ancora, se volessimo esprimere questo concetto di dissociazione con i *termini paradossali* che richiede, dovremmo intendere la mancanza di connessioni, tra il livello implicito e quello esplicito nelle esperienze traumatiche, come una *perdita della potenzialità/possibilità di connessioni* (che è una *potenzialità naturale della mente e una sua esigenza di funzionamen-*

---

<sup>8</sup> Per quanto riguarda Disturbi così gravi come quelli di Personalità diagnosticati secondo i criteri del DSM (dalla terza edizione in poi), pur nella loro specificità di linguaggio, concordano autori come Bromberg (1998), che sostiene che tutti i disturbi di personalità dipendono dal trauma e dalla dissociazione, e Yeomans, Clarkin, Kernberg (2015), che sostengono che tutti i pazienti che soffrono di un disturbo di personalità da DSM funzionano a livello di organizzazione borderline. Una coerenza clinica pur nella diversità di linguaggio.



to). Si perdono le connessioni che costituiscono i *registri* psichici per riconoscere, comprendere, formulare significati fondamentali per la vita umana e potenzialmente implicati nelle esperienze e nelle relazioni di attaccamento (come rabbia, conflittualità, sessualità, seduzione, godimento, ecc., in particolare, gli ambiti dove le sfumature interpretative di significato fanno la differenza). La perdita di questi registri non ha, però, soltanto la conseguenza del mancato riconoscimento (come una cecità) dei significati dei gesti reciproci; paradossalmente, lascia sia *un senso di ineluttabile attesa inconscia per il verificarsi di qualcosa* che pertiene ad essi (rabbia, aggressione, abuso e trascuratezza, manipolazione, ecc. che, sul piano della psicopatologia descrittiva, può tradursi variamente in ansia, depressione, sintomi dissociativi, impulsività e disturbi delle condotte, dipendenze, ecc.), sia l'incapacità di riconoscere esperienze relazionali centrate a livello procedurale su questi registri (e quindi di agire interpersonalmente senza connessioni tra livelli: o a livello di enactment procedurali dissociati, o a livello di difese persecutorie o razionalizzazioni, ecc.).

Questo ha importanti ricadute cliniche: la perdita della potenzialità di costruire connessioni tra i livelli di elaborazione dell'esperienza rimane per l'individuo come un *deficit*, cioè non l'inibizione conflittuale di contenuti e funzioni mentali, ma la mancanza della capacità di sentire ed esprimere le diverse sfaccettature della sua esperienza. I pazienti mostrano di non essere in grado di cogliere le *sfumature* di uno specifico ambito di significato, elaborato da un registro troppo grezzo: per esempio, l'aggressività può essere sperimentata ma non modulata tra implicito ed esplicito (per esempio, la seduzione può spaventare o può irritare senza opportunità di prenderci gusto e giocare, ecc.).

Questo è il processo paradossale tipico del trauma e dell'abuso: chi è stato abusato dissocia l'esperienza (ne impedisce l'integrazione nella propria soggettività) e ha il terrore che si possa ripetere qualcosa che non riconoscerebbe, anche se fosse lui a provocarlo o indurlo. Si è rotta la sua fiducia e la sua sicurezza di base, e il suo coraggio e la sua motivazione ad esplorare l'esperienza.

*Ha massima importanza nel dirigere la nostra attenzione clinica e i nostri modelli teorici sui danni che il trauma comporta ai livelli impliciti procedurali: il trauma fa perdere la confidenza con i modi di costruzione dell'esperienza interna, l'attitudine a integrare autoregolazione e regolazioni interattive dei propri stati, la capacità di fidarsi delle valutazioni intuitive come informazioni essenziali per orientarsi nelle relazioni intime e di attaccamento; si disorganizza il modo di dare forma alle relazioni intime. In questo ambito, della conoscenza relazionale implicita procedurale, delle capacità su 'come' si costruiscono relazioni di attaccamento sicure, risiede l'essenza patologica post-traumatica. Il trauma incide nelle competenze di base implicite che sono necessarie per poter sperimentare la propria esisten-*

za come un insieme di potenzialità per realizzare sé stessi nella vita intima di relazione.

Nell'esperienza del trauma, in gioco c'è il proprio essere una persona, l'essere trattato meno che una persona (come, una bestia, come una cosa, come uno strumento, ecc.). La mente non può tentare di dare un significato e di negoziare, a nessun livello, questa esperienza, in quanto essere una persona implica avere una mente, e non essere riconosciuti, all'interno di una relazione di attaccamento essenziale per lo sviluppo, come una persona con una propria mente è incompatibile con le minime necessità per formulare la propria esperienza riferendola internamente ad una rappresentazione di sé stessi e delle figure di attaccamento. Questo è il funzionamento della dissociazione.

## Conclusioni

Attualmente, i concetti di trauma e dissociazione ci appaiono ancora come promettenti nello studio e nella comprensione clinica dei fenomeni di quella forma di patologia grave che descriviamo attraverso il concetto di patologia borderline.

In una prospettiva della complessità, possiamo dire che, per quanto riguarda la realtà immateriale, il trauma sia la massima espressione di forze anti-vitali che disorganizza i principi necessari alla vita.

Osservazioni e descrizioni che partono da prospettive di origine teorica differente articolano spesso un comune principio di fondo: la vita è resa possibile dall'amore. Sul piano della realtà immateriale della mente, l'amore è il principio contrapposto alla minaccia del trauma. L'amore si esprime a partire dall'essenziale riconoscimento dell'altro nella sua differenza e nella sua specificità (all'interno della relazione di attaccamento). Lo sviluppo della mente è l'esito dei processi che riguardano l'andamento delle complesse dinamiche di *incontro di specificità* tra qualcosa che sorge spontaneamente per le potenzialità del bambino (come propositore attivo e creativo di gesti interattivi e di forme di esperienza, concetto che viene indicato con il termine di *agency*) e il processo di *riconoscimento* di queste sue specifiche potenzialità costruito nella relazione con le figure di attaccamento. Questo incontro è il *contesto evolutivo per comprendere la salute e il trauma*.

Il principio del riconoscimento della specificità permette alla mente di vivere, di organizzare l'esperienza come soggettività ricca di significati. Nella letteratura contemporanea sulla patologia borderline si osserva che, da un lato, si pone l'amore che permette organizzazione, movimento, vita e, dall'altro lato, il trauma che porta al caos, alla confusione, all'entropia, alla frammentazione e alla morte della mente come impossibilità di cercare significati.

I concetti di trauma e di dissociazione sono tanto più interessanti quanto più in grado di focalizzare una psicopatologia specifica, piuttosto che diventare sinonimo di psicopatologia relazionale in senso ampio. Il rischio di una generica prospettiva relazionale sulla psicopatologia in psicoanalisi è quello di considerare tutta la psicopatologia come di origine, in qualche modo, traumatica intendendo il trauma come un sinonimo di una eziopatogenesi relazionale (da contrapporre all'eziologia pulsionale della metapsicologia freudiana). Questo impiego 'politico' del termine trauma per indicare una posizione teorica non pulsionale è forse poco interessante per il clinico pratico. Il termine trauma perde specificità clinica e diventa un sinonimo di 'eziopatogenetico' (qualsiasi causa di psicopatologia è considerata trauma, tutta la patologia è di origine traumatica in quanto di origine relazionale, ecc.). Queste posizioni confondono l'origine relazionale della patologia, come della salute, con la specificità del trauma rispetto ad altre differenti condizioni di origine conflittuale e/o patogenetiche non traumatiche (in tutti i casi, in un'ottica di complessità si parla di causa ma in senso non lineare). Il concetto di trauma è utile da due punti di vista teorico-clinici: in una prospettiva più categoriale, per comprendere la patologia grave, come quella relativa all'organizzazione borderline e la psicosi; in una prospettiva più dimensionale, i concetti di trauma e dissociazione sono utili per comprendere un livello, o un modo, specifico di funzionamento patologico che se inteso in questo senso (livello o modo) è ubiquitario, e può dare difficoltà di funzionamento importanti a persone sane, nevrotiche, borderline, psicotiche con intensità o prevalenza differente. Una volta che si comprende cosa sia e come funziona ciò che chiamiamo trauma (o traumatico) lo si può riconoscere come parte dell'esperienza di molti pazienti al di là degli aspetti categoriali che potrebbero includerli in classi diagnostiche differenti.

#### BIBLIOGRAFIA

- Adler, G. (1985). *Borderline psychopathology and its treatment*. New York, NY: Aronson.
- Albasi, C. (2006). *Attaccamenti traumatici. I modelli operativi interni dissociati*. Torino: UTET.
- Albasi, C. (2008a). Modelli operativi interni dissociati: una prospettiva relazionale sull'attaccamento, il trauma, la dissociazione. In Caretti, V., Caparo, G. (a cura di). *Trauma e psicopatologia. Un approccio evolutivo relazionale* (pp. 194-227). Roma: Astrolabio.
- Albasi, C. (2008b). Modelli operativi interni dissociati, funzionamento mentale e psicopatologia. *Abilitazione e Riabilitazione, 1*, 9-36.
- Albasi, C. (2009a). *Psicopatologia e ragionamento clinico*. Milano: Raffaello Cortina.
- Albasi, C., & Boschioli, A. (2003). Sándor Ferenczi: per un pensiero clinico vivo. In A. Boschioli, C. Albasi (Eds.), *Incontrando Sándor Ferenczi. Temi ferencziani nella pratica clinica contemporanea*. Bergamo: Moretti e Vitali.
- Aron, L., Grand, S., & Slochower, J. A. (Eds.). (2018). *Decentering relational theory: A comparative critique*. London: Routledge.
- Bergeret, J. (1974). *La personnalité normale et pathologique: Les structures mentales, le*

- caractere, les symptoms*. Paris: Dunod. Tr.it. *La personalità normale e patologica. Le strutture mentali, il carattere, i sintomi*. Milano: Raffaello Cortina, 1984.
- Boschirolì, A. (2001). Il trauma e i fondamenti della vita psichica. Una proposta di S. Ferenczi. In *Radure. Quaderni di materiale psichico, vol. I anno V* (p. 19-38). Bergamo: Moretti e Vitali.
- Boschirolì, A. (2003). Aspetti evolutivi e costruzione del sé: alcune ipotesi. In Boschirolì, A., Albasi, C. & Granieri, A. (2003) (Eds.). *Incontrando Sándor Ferenczi: Temi ferencziani nella pratica clinica contemporanea* (pp. 121-137). Bergamo: Moretti e Vitali.
- Boschirolì, A. (2018). Quando una soggettività disorganizzata impedisce la costruzione di una soggettualità autentica. *Psichiatria e Psicoterapia*, 2018, 37-3.
- Boschirolì, A. (2020). Introduzione. In: Lichtenberg, J. D., Lachmann, F. M., Fosshage, J. L. (Eds.) *Il Sé Prende vita: Sviluppo, lavoro clinico e la mente errante* (pp. XI-XXX). Ed. Italiana a cura di Boschirolì, A. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2020.
- Boschirolì, A., Albasi, C. & Granieri, A. (2003) (Eds.). *Incontrando Sándor Ferenczi: Temi Ferencziani nella pratica clinica contemporanea*. Bergamo: Moretti e Vitali.
- Bromberg, P. M. (1998). *Standing in the spaces. Essays on clinical process, trauma, and dissociation*. New York, NY: The Analytic Press. Tr. it. *Clinica del trauma e della dissociazione. Standing in the spaces*. Milano: Raffaello Cortina, 2007.
- Capello C., Albasi C. (1995), Paradigmi nosocritivi e studio della personalità. Le prospettive relazionali in psicoanalisi. In Lorenzetti, M. L. (Ed.), *Psicologia e personalità* (pp. 61-74). Milano: Franco Angeli.
- Dell, P. F., O'Neil J. A. (2009). *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. New York, London: Routledge.
- Fonagy, P., & Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Tr. It. Milano: Raffaello Cortina.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY: Other Press. Tr. it. *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé*. Milano: Raffaello Cortina, 2005.
- Gotzsche P. C. (2015). *Deadly psychiatry and organized denial*. Copenhagen: People's Press. Tr. it. *Psichiatria letale e negazione organizzata*. Roma: Giovanni Fioriti, 2017.
- Herman, J. L. (1992a). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391.
- Herman, J. L. (1992b). *Guarire dal trauma: affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*. Trad. it. Roma: Edizioni Scientifiche MaGi.
- Kernberg, O. F. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641-685.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York, NY: Aronson Trad. it.: *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Torino: Boringhieri, 1978.
- Kernberg, O. F. (2004). *Aggressivity, narcissism, and self-destructiveness in the psychotherapeutic relationship*. New Haven, CT: Yale University Press. Tr. it. *Narcisismo, aggressività e autodistruttività nella relazione psicoterapeutica*. Milano: Raffaello Cortina, 2006.
- Kutchins, H., & Kirk S. A. (1997). *Making us crazy: DSM: The psychiatric bible and the creation of mental disorders*. New York, NY: Free Press. Tr. it. *Ci fanno passare per matti - DSM: la bibbia della psichiatria e la creazione dei disturbi mentali*. Roma: Giovanni Fioriti, 2003.
- Lewis, K., Caputi, P., & Grenyer, B. F. (2012). Borderline personality disorder subtypes: a factor analysis of the DSM-IV criteria. *Personality and Mental Health*, 6(3), 196-206.
- Lewis, K., Grenyer, B.F. (2009). Borderline personality or complex post-traumatic stress disorder? An update on the controversy. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(5), 322-328.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford. Trad. it.. *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*. Milano: Cortina, 2001.

- Lingiardi, V., e McWilliams, N. (Eds.) (2017). *Psychodynamic diagnostic manual, second edition (PDM-2)*. New York, NY: Guilford Press. Tr. it. *Manuale diagnostico psicodinamico, Seconda Edizione (PDM-2)*. Milano: Raffaello Cortina, 2018.
- Liotti, G. (1999). Il nucleo del disturbo borderline di personalità: un'ipotesi integrativa. *Psicoterapia*, 5(16/17), 53-65.
- Meares, R. (2012). *Dissociation model of borderline personality disorder*. New York, NY: W. W.
- Paradiso, D. (2012). L'ipocondria come 'flashback relazionale' psicosomatico. *Abilitazione e Riabilitazione*, 1, 7-26.
- Paradiso, D. (2015). L'ipocondria dalla psicoanalisi classica alla prospettiva relazionale. *Psichiatria e Psicoterapia*, 34(4), 267-285.
- Paradiso, D. (2017). Il paradosso della soggettività del terapeuta nella terapia di coppia. In: Ringstrom, P. (Ed.) *Psicoanalisi relazionale e psicoterapia di coppia* (pp. XVII). Ed. Italiana a cura di Paradiso, D. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- Paradiso, D. (2018) I processi di desomatizzazione intersoggettiva nel trattamento psicoanalitico relazionale. *Psichiatria e Psicoterapia*, 37(3), 231-246.
- Paradiso, D., Celentani, B., & Albasi, C. (2017). Analisi con metodo CCRT di una ricaduta di una paziente con Disturbo Borderline di Personalità. *Psichiatria e Psicoterapia*, 36(4).
- Paradiso, D., Albertazzi, A., Izzo, F. (2022). Studio CCRT di una psicoterapia interpersonale di una paziente adolescente con disturbo borderline di personalità. *Psichiatria e psicoterapia, forecoming*. [In press].
- PDM Task Force (2006). *Psychodynamic diagnostic manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organization. Tr. it. *Manuale diagnostico psicodinamico*. Milano: Raffaello Cortina, 2008.
- Pao, P. N. (1979). Primitive internalized object relations: a clinical study of schizophrenic, borderline, and narcissistic patients: by Vamik D. V. *Psychoanalytic Quarterly*, 48, 652-655.
- Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.
- Yeomans, F. E., Clarkin J. F., & Kernberg O. F., (2015). *Transference focused psychotherapy for borderline personality disorder. A clinical guide*. Washington, DC: American Psychiatric Association. Tr. it. *La terapia focalizzata sul transfert per il disturbo borderline di personalità*. Roma: Giovanni Fioriti, 2017.

---

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 6 luglio 2022.

Accettato per la pubblicazione: 7 ottobre 2022.

Nota dell'editore: Tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2022

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2022; XXXIII(s1):709

doi:10.4081/rp.2022.709

*This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.*

