

Self-disclosure, *trauma e pressioni sull'analista**
Marcus West**

Ricevuto dal Journal of Analytical Psychology il 18 dicembre 2021

Riassunto

L'articolo sostiene che la *self-disclosure* dell'analista in seduta sia intimamente legata all'esperienza traumatica e alle pressioni che l'analista sente su di sé e che lo spingono a non ri-traumatizzare il paziente o ripetere con lui dinamiche traumatiche. Fornisce una serie di esempi di tali pressioni e delinea le difficoltà che l'analista può sperimentare nell'adottare un atteggiamento analitico, definito come il cercare di stare quanto più vicino possibile a ciò che il paziente porta in seduta. Ipotizza che la *self-disclosure* possa essere usata per disconfermare la percezione negativa che il paziente ha di se stesso o dell'analista, o per cercare di indurre il paziente ad acquisire una percezione positiva di se stesso o dell'analista, e che sebbene animati da buone intenzioni, tali interventi possano rivelarsi fallimentari e prolungare l'angoscia del paziente. Vengono forniti esempi in cui l'analista resta aderente alla co-costruzione delle prime dinamiche relazionali traumatiche e lavori attraverso il complesso traumatico; questo atteggiamento viene confrontato e contrapposto ad alcuni atteggiamenti psicoanalitici relazionali.

* Per gentile concessione degli editori e dell'autore, traduzione dell'articolo "Self-disclosure, trauma and the pressures on the analyst". *Journal of Analytical Psychology*, 62, 4: 585-601, 2017.

** Analista didatta e supervisore della SAP (Società di Psicologia Analitica) e co-editor in chief del *Journal of Analytical Psychology*. È autore di numerosi capitoli di libri e articoli, uno dei quali insignito del Premio Fordham nel 2004. È autore di tre libri: *Feeling, Being and the Sense of Self* (2007), *Understanding Dreams in Clinical Practice* (2011) e *Into the Darkest Places. Early Relational Trauma and Borderline States of Mind* (2016). Ha la qualifica di terapeuta EMDR e lavora privatamente in Inghilterra, nel West Sussex. Email: marcuswest@aol.com

Studi Junghiani (ISSN 1828-5147, ISSN e 1971-8411), vol. 27, n. 2, 2021
DOI: 10.3280/jun54-2021oa13278

Parole chiave: *Co-costruzione, trauma relazionale precoce, idealizzazione, dinamica sado-masochista, difesa morale, psicoanalisi relazionale, self-disclosure, caccia alle ombre*

Abstract. *Self-disclosure, Trauma and the Pressures on the Analyst*

This paper argues that self-disclosure is intimately related to traumatic experience and the pressures on the analyst not to re-traumatize the patient or repeat traumatic dynamics. The paper gives a number of examples of such pressures and outlines the difficulties the analyst may experience in adopting an analytic attitude – attempting to stay as closely as possible with what the patient brings. It suggests that self-disclosure may be used to try to disconfirm the patient's negative sense of themselves or the analyst, or to try to induce a positive sense of self or of the analyst which, whilst well-meaning, may be missing the point and may be prolonging the patient's distress. Examples are given of staying with the co-construction of the traumatic early relational dynamics and thus working through the traumatic complex; this attitude is compared and contrasted with some relational psychoanalytic attitudes.

Key words: *Co-construction, Early Relational Trauma, Idealization, Masochist-sadistic Dynamic, Moral Defence, Relational Psychoanalysis, Self-disclosure, Shadow Hunting*

Credo che il trauma, e in particolare il trauma relazionale precoce, non rappresenti solo una delle questioni centrali del nostro lavoro analitico, ma che esso giochi un ruolo significativo in ogni seduta: aiuteremo direttamente e compassionevolmente i nostri pazienti ad affrontare i loro complessi che incarnano un'esperienza insopportabile e rimangono in modo significativo insopportabili? Oppure eviteremo involontariamente quei complessi, preferendo soluzioni idealizzate e diremo ai pazienti che “non sono così male come pensano di essere”, o che “non sarà così qui”?

Credo che la *self-disclosure* dell'analista sia intimamente connessa al trauma e che dipenda quasi sempre da queste esperienze insopportabili, collegate al complesso traumatico, se gli analisti si trovano spinti a rivelare parti di se stessi, cosa che a mio parere non aiuta, spesso travisa, e nei casi peggiori può portare alla rottura dell'analisi, avendo co-costruito e ri-messo in atto le esperienze traumatiche precoci del paziente, o forse dell'analista.

È per questo che credo che mantenere un atteggiamento analitico sia più utile, atteggiamento che definisco come il cercare di restare quanto più vicino possibile a ciò che porta il paziente. Mi preoccupa il fatto che la *self-disclosure* sia spesso usata per cercare di disconfermare la percezione negativa che il paziente ha di se stesso o dell'analista, oppure per cercare di indurre il paziente

ad adottare un atteggiamento più positivo nei confronti di se stesso o dell'analista, cosa che, nonostante la buona intenzione, serve solo a prolungare l'angoscia del paziente. Come dice Jung, «solo ciò che uno realmente è, ha forza salutare» (Jung, 1928, p. 166). Darò degli esempi di ciò qui di seguito.

A tal proposito, esplorerò alcune specifiche pressioni sull'analista, tutte legate al trauma, e delinearò quelle che a mio parere sono alcune “ricostruzioni insopportabili” che possono rivelarsi particolarmente impegnative per la coppia analitica. Descriverò anche delle situazioni in cui ho trovato utili alcune forme di *self-disclosure*, in particolare quando si esplora in dettaglio, con il paziente, le dinamiche che sono state co-costruite nella relazione analitica.

Come dicono Gabbard e Lester nel loro libro sulle violazioni del setting (1995, p. 59), un certo grado di *self-disclosure* è inevitabile, poiché ogni analista comunica costantemente gran parte di ciò che pensa e sente attraverso la sua presenza nella stanza, le domande che pone o non pone, il modo a cui reagisce a ciò che il paziente porta, e così via. Molti di noi ora lavorano all'interno di un nuovo paradigma che riconosce che l'atteggiamento analitico non consiste nel mantenere dei confini un po' arbitrari, ma piuttosto nel riconoscere le pressioni e le dinamiche che vanno a ricostruire e co-costruire certe dinamiche relazionali precoci, spesso di natura traumatica. Attraverso il riconoscimento di queste dinamiche, infatti, si mantiene più facilmente l'atteggiamento analitico fondamentale, che permette di riflettere su ciò che sta accadendo.

La *self-disclosure* è venuta alla ribalta di recente, in parte promossa dal movimento relazionale. Aron (1991) ha gettato una sfida contro la concezione dell'analista come colui che possiede una posizione privilegiata e “oggettiva” da cui riflettere sulla “soggettività” del paziente, o come colui che è in grado di avere delle reazioni che possono essere semplicemente “contro” o rispondenti al transfert del paziente, piuttosto che “provenire dal centro psichico del sé dell'analista”. Questo è molto coerente con la posizione di Jung (1921-1928) e il suo riconoscimento che «l'analisi è un dialogo che richiede due interlocutori» (Jung, 1963, p. 171). Mentre sono completamente d'accordo con Jung che «in ogni analisi vera e propria sia il paziente sia il medico sono chiamati in causa con la loro intera personalità» (ivi, p. 172), suggerirò che questo può comportare un buon grado di difficoltà, sofferenza e “viaggio” per l'analista così come per il paziente. Tornerò sulla posizione di Aron più avanti, e ora esaminerò ulteriormente la questione in relazione alla *self-disclosure*.

Difese del Sé

Nel suo articolo sulle difese del sé, Michael Fordham (1974) descrive alcuni pazienti che reagiscono contro le parti dell'analista che percepiscono "tecniche e meccanicistiche" (di solito i commenti e le interpretazioni dell'analista) e cercano di "smascherare e tenere" per loro stessi la "parte buona e nascosta" dell'analista. È questo il tipo di scenario che sono più interessato ad esplorare e formulerò l'ipotesi che in queste situazioni sono costellate, e devono essere elaborate nella relazione analitica quelle esperienze relazionali precoci di insensibilità, mancanza di cura, rifiuto o danneggiamento, che sono state vissute come "inumane".

Queste "inumane" esperienze di mancanza di reciprocità hanno fatto sì che, nel tentativo di raggiungere l'altro, il bambino abbia vissuto la vergogna e l'annientamento, e ciò spiega perché sia un'impresa così difficile rivisitare e ricostruire tali esperienze. Come descrive Bromberg (2011), il trauma si verifica quando, nella relazione con l'altro, la disconferma di sé o l'autoannichilimento siano ineluttabili e il normale senso di sé dell'individuo venga interrotto da affetti molto potenti. Egli sostiene che il processo psicoanalitico riguardi l'aiutare i pazienti a recuperare i loro stati dissociati di sé. Anche Jung (1921-1928) sosteneva che l'integrazione delle parti dissociate della personalità fosse la chiave del processo di analisi.

Circa l'esperire l'analista come inumano, Fordham descrive come il paziente può angosciarsi profondamente e arrivare a sentire che il suo dolore, il suo terrore, la paura e la confusione siano causati in modo diretto da ciò che vede come il "sadismo, la crudeltà e la distruttività" dell'analista. Egli dice che il paziente può chiedere al terapeuta «di smettere di essere un analista e di diventare se stesso», al che l'analista può talvolta rispondere cercando di «essere se stesso [...] facendo confessioni o dando informazioni su se stesso» (Fordham, 1974, p. 196). Fordham descrive come ciò possa portare alla rottura dell'analisi. Anche se forse Fordham si riferisce a casi estremi, io ritengo che queste tendenze di fondo sono presenti in molte analisi.

Il trauma relazionale precoce e l'oggetto cattivo

Le esperienze che in una determinata fase dello sviluppo sono troppo intense per essere sopportate dalla psiche sono, per definizione, traumatiche. Questo potrebbe valere, per esempio, per l'assenza della madre che si protrae per troppo tempo, come suggerito da Winnicott (1967), oppure dall'atteggiamento del padre costantemente teso a criticare e sminuire, o ancora alla violenza o l'abuso perpetrati da un genitore. Queste esperienze portano alla

vergogna e all'annichilimento. Questi vissuti vanno a formare un complesso a tonalità affettiva dissociato, non integrato con l'Io, come descritto da Jung (1934). Non è integrato con l'Io perché l'affetto, o la "veemente emozione", come la chiamava Janet, interrompe il funzionamento dell'Io in modo che non si formi una narrazione coerente (van der Kolk, 1996). Una potente reazione affettivo-somatica costituisce il cuore del complesso dissociato.

Queste potenti reazioni formano spesso elementi chiave del transfert, poiché il paziente reagisce, per esempio, al silenzio dell'analista, o a qualcosa che viene sentito come una critica o qualcosa che opprime. In sostanza queste reazioni segnalano un'attivazione del complesso traumatico, una ritraumatizzazione. Tali ritraumatizzazioni sono inevitabili e, come suggerisce Bromberg, «la relazione analitica diventa un luogo che sostiene, simultaneamente, rischio e sicurezza – una relazione che consenta il rivivere doloroso del trauma precoce, senza che questo diventi solo una cieca ripetizione del passato» (Bromberg, 2011, p. 17).

La difesa morale

Può essere molto difficile per l'analista sentire di stare esponendo il paziente a quella che continua ad essere una sofferenza insopportabile – il "dolore, il terrore e la paura" descritte da Fordham; e può essere fin troppo facile per l'analista ben intenzionato tirarsi indietro, e citando nuovamente Fordham, «allentare i confini, nel tentativo di essere "più umano", più "se stesso", esprimendo in modo più diretto le emozioni, facendo rivelazioni, elargendo rinforzi positivi, o forse consentendo che vi siano contatti fisici» (1974, p. 143). Un livello di sofferenza così intenso provoca spesso nel paziente un senso di indignazione morale ed egli dice all'analista che ciò che sta facendo è moralmente sbagliato. Ho sperimentato questo in diverse occasioni, sentirsi dire che stai causando una tale sofferenza ha un impatto molto potente e angosciante. Considero questa la "difesa morale" del paziente, che può essere compresa, in modo costruttivo, come un segnale che allerta l'analista della riattivazione del complesso traumatico del paziente (West, 2007, 2016). In tal modo, l'esperienza traumatica può essere affrontata con compassione.

Come ho descritto in precedenza (West, 2013), una paziente reagì con furia, definendo il mio comportamento meschino, disumano e indifferente, quando le chiesi di aspettare in sala d'attesa, poiché era arrivata con qualche minuto di anticipo a una seduta. Sarebbe stato facile permetterle di iniziare direttamente la seduta a causa della sua "particolare sensibilità", ma in tal modo forse non saremmo mai riusciti a esplorare la natura di quella ipersensibilità e le sue reazioni omicide ad essa. La situazione si rivelò essere una

ricostruzione dell'esperienza di attesa, della terrificante attesa, di quei momenti in cui sapeva che suo padre stava per abusare di lei e, quasi altrettanto grave, mentre sua madre che sapeva tutto, non la proteggeva da questo (proprio come io sapevo della sua attesa e angoscia). Anche se in questa situazione la pressione sull'analista riguardava il possibile allentamento di un confine temporale, avrebbe potuto altrettanto facilmente trattarsi di una spinta a un atto di self-disclosure.

La dinamica sado-masochista

Questa difesa morale può continuare a far parte di una dinamica sado-masochista dove, a causa del dolore che sta provando, il paziente si sente legittimato ad attaccare rabbiosamente l'analista, spesso infliggendogli esattamente il tipo di dolore che ha sperimentato. Tali pazienti passano così dalla posizione di vittima a quella di aggressore¹. L'analista potrebbe allora essere indotto a una resa passiva e masochistica, come descritto da Racker (1958). Tuttavia, se l'analista resta in contatto con le sue reazioni primitive al paziente, ad esempio con i propri sentimenti di rabbia, stanchezza o dolore (reazioni che possono essere sopportate, o ignorate, se si aderisce a un "atteggiamento professionale"), queste possono allertarlo sulle dinamiche implicite in atto e permettergli di iniziare a formulare una risposta costruttiva, per esempio, uscendo dalla posizione masochista, diventando consapevole della dissociazione, o della ferita – come illustrano i seguenti esempi.

Davies e Frawley, nel loro brillante articolo sulla terapia con persone che hanno subito abusi sessuali, descrivono una situazione simile:

È in ultima istanza dall'analista, che sembra così pronto ad aiutare, che ci si aspetta questa [completa] compensazione. La bambina, che all'inizio della terapia ha bisogno di certe modifiche nella tecnica per iniziare il processo di guarigione e di lutto e per tollerare la disorganizzazione regressiva che ne consegue, alla fine arriva ad aspettarsi e a richiedere questi interventi come prova del reale coinvolgimento e devozione dell'analista nei suoi confronti. I parametri della terapia perdono così la loro originaria funzione di sostegno dell'Io e diventano espressioni simboliche dell'amore dell'analista. Diventano "la materia di cui è fatta la compensazione". A questo punto ci si trova in un paradigma di transfert completamente diverso. Le richieste che all'inizio erano ragionevoli e pronunciate con tranquilla urgenza vengono poste in modo più energico e legittimato. Lentamente si richiedono da parte

1. Non ho ancora trovato un comprovato esempio di scissione che non sia basato su una tale dinamica, per cui la persona si blocca in una posizione masochista e, dalla sua sofferenza, viene legittimata e incaricata di attaccare l'oggetto cattivo, esprimendo l'odio e rabbia omicida che forse non aveva potuto esprimere nell'infanzia per paura delle conseguenze.

dell'analista maggiori sacrifici che diventano sempre più difficili da soddisfare (Davies, Frawley, 1992, p. 27).

Questo richiama alla mente ciò che Balint chiama regressione maligna (1968). La sofferenza e la crescente vulnerabilità del paziente generano un senso di disperazione e di aver diritto a un risarcimento, e questo può essere percepito particolarmente dall'analista che esprime o dimostra la sua umanità o volontà di prendersi cura. Quando ci troviamo a cercare di *dimostrare* che siamo buoni, gentili o premurosi nei confronti di un paziente, suggerisco che ci troviamo all'inizio di quello che Gabbard e Lester (1995) chiamano un "pendio scivoloso".

Questa situazione è problematica non solo per le conseguenze che comporta, ma anche perché in quel momento stiamo "perdendo di vista il punto centrale" che è, a mio avviso, affrontare l'esperienza traumatica di *non* essere amati, protetti o curati (o odiati e abusati), piuttosto che evitarla. Questo tipo di interazioni ed *enactment* sono inevitabili e fanno parte delle dinamiche analitiche importanti, ma è fondamentale rendersene conto.

L'umanità dell'analista

Una citazione da uno scritto di Lewis Aron:

I pazienti fanno dei sondaggi, in modo più o meno sottile, nel tentativo di penetrare la calma e la riservatezza professionale dell'analista. Fanno questi sondaggi non solo perché vogliono ribaltare la loro situazione sull'analista in modo difensivo o rabbioso, ma anche, come tutte le persone, perché vogliono e hanno bisogno di entrare in contatto con gli altri e vogliono connettersi con gli altri dove questi sono emotivamente vivi, dove sono autentici e pienamente presenti, e così cercano informazioni sul mondo interno dell'altro (Aron, 1991, p. 37).

Sono d'accordo con questa affermazione, e in molte situazioni questo contatto si ottiene semplicemente attraverso la sensibilità e l'attenzione che si esprimono attraverso il modo in cui un analista sta il paziente. Come sottolinea Jean Knox (2013, p. 502), l'analista che aderisce in modo rigido ai propri confini analitici al cospetto di un paziente che li sperimenta come un abuso rischia con ogni probabilità di rimettere inconsciamente in scena l'originaria situazione di abuso. Per quanto riguarda la citazione di Aron, vorrei citare la descrizione che Jon Mills fa della pratica contemporanea, che condivido:

Attualmente, gli analisti si comportano in modo più personale, autentico, umano e dotato di reciprocità, piuttosto che comportarsi in modo riservato, clinicamente distaccato, socialmente artificiale e stoicamente trattenuto [...]. [Dice che è difficile fare generalizzazioni ma] c'è generalmente più dialogo piuttosto che monologo, meno interpretazione e più attiva sintonizzazione al processo all'interno della diade, più enfasi sull'esperienza affettiva rispetto all'insight concettuale, e più calore interpersonale trasmesso dall'analista, cosa che crea un clima emotivamente più soddisfacente per entrambe le parti coinvolte (Mills, 2012, p. 97).

Tuttavia, le dinamiche relazionali precoci relative alle esperienze traumatiche si ripropongono all'interno della relazione analitica attraverso, nonostante e spesso a causa del calore interpersonale e della personalità dell'analista. I pazienti che hanno sofferto di mancanza d'attenzione, odio o subito atteggiamenti sadici nel corso della loro infanzia saranno inevitabilmente attenti alla presenza di quegli stessi aspetti nell'analista. E c'è anche un altro livello: questi pazienti sono anche alla ricerca dell'odio, del sadismo e della mancanza d'attenzione che si aspettano di trovare nell'analista *in risposta a ciò che stanno inconsciamente rimettendo in scena, per una sorta di legge del taglione, nei confronti dell'analista*; in altre parole, in risposta all'ostilità, sospettosità e distanza che proviene direttamente dalla loro esperienza precoce.

Anche se l'analista è in grado di comprendere la ferita che alimenta il comportamento del paziente, a livello primitivo è probabile che risponda in base alla legge del taglione, reazione che alla fine avrà bisogno, come minimo, di essere riconosciuta. Più a lungo l'analista rimane l'oggetto buono, più l'ostilità e l'allontanamento del paziente cominciano a farsi sentire, e la co-costruzione prende così ad assumere un accento più oscuro, arrivando lentamente a costellare la dinamica originale. La cosa triste è che essere l'oggetto buono, tentare di esserlo o indurre un'esperienza buona nel paziente, non è sufficiente. Non solo l'esperienza traumatica ha bisogno di essere riconosciuta e affrontata ma, nella mia esperienza, quanto più precoce e profonda è la ferita, tanto più l'esperienza, per esempio, di essere cattivo o odiato, farà parte del nucleo centrale dell'identità dell'individuo. Di conseguenza, tanto più ci sarà bisogno di costellare pienamente, co-creare e vivere nella relazione analitica questa esperienza – nonostante nessuna delle due parti voglia andare in quelli che sono i “luoghi più oscuri”. Mentre i pazienti “nevrotici” sono in grado di aggirare i loro complessi traumatici e una cura basata sul transfert potrebbe funzionare temporaneamente, prima o poi bisognerà affrontare il complesso traumatico. Per tornare ad Aron, affinché la “connessione” tra paziente e analista sia la più autentica possibile, l'analista ha bisogno di connettersi in questi luoghi di sofferenza. Come disse Jung riguardo al trauma: «l'efficacia terapeutica nasce dagli sforzi del medico di penetrare nella psiche del paziente, stabilendo così un rapporto psicologica-

mente adeguato. È proprio della mancanza di un tale rapporto che soffre il paziente» (1921-1928, p. 143).

Questa connessione è importante perché produce ciò che Ed Tronick e i suoi colleghi (1998, p. 409) hanno chiamato “espansione diadica degli stati di coscienza”, che contrastano l’isolamento del soggetto ferito. Proprio come il figlio della madre depressa sperimenterà stati di coscienza più complessi, coerenti ed espansi, assorbendo degli elementi dello stato di coscienza della madre, così il paziente e l’analista sperimentano stati di coscienza di questo genere quando si connettono in questo modo.

Rivivendo questa dinamica all’interno della relazione analitica, si rende il complesso meno potente, lo si disintossica e integra con il funzionamento dell’Io; o, in altre parole, il paziente e l’analista diventano capaci di pensare e sopportare l’esperienza di essere odiati, essere oggetto di sadismo e mancanza di attenzione, così come l’esperienza di odiare, sentirsi sadici e indifferenti al prossimo. Nella relazione analitica può essere particolarmente difficile permettersi e sopportare vissuti di questo genere, esperienze che sembrano disumane, ma che purtroppo sono fin troppo umane. Sebbene il discorso sviluppato fin qui abbia riguardato il lavoro analitico con l’oggetto cattivo, questo si applica anche all’oggetto cattivo interno del paziente. Per esempio, un paziente disse a Jody Messler Davies che non poteva immaginare di poter essere “l’oggetto del desiderio di una donna”. In risposta lei gli raccontò le fantasie sessuali che aveva avuto su di lui perché, disse, «non poteva pensare ad un modo più diretto di fargli sapere che questo non era vero» (1994, p. 166). A parte il fatto che il paziente reagì con rabbia ed estrema angoscia all’intervento dell’analista, accusandola di essere malata e perversa e dicendo che l’avrebbe denunciata al suo ordine professionale, la mia principale preoccupazione in questo contesto è che lei non era rimasta fedele a ciò che lui stava portando in seduta.

La ricostruzione insostenibile/impossibile

Vorrei fare un altro esempio (West, 2016) di quella che considero una ricostruzione impossibile: N. è stata pesantemente maltrattata da un padre violento, controllante e narcisista e da una madre timida e distante. Nell’analisi mi raccontava spesso di impulsi suicidi, creando una situazione di sfida continua in cui per dimostrare che mi importava di lei dovevo rispondere alle sue numerose e disperate telefonate (in modo da diventare un soccorritore idealizzato); oppure lamentandosi che non mi importava abbastanza da fare qualcosa per proteggerla (come sua madre); o accusandomi di volerla morta (come riteneva avesse fatto suo padre).

Abbiamo attraversato ed esplorato questi vari scenari all'interno dell'analisi fino a quando è diventato chiaro, da ciò che veniva co-costruito, che ciò che l'aveva ferita di più era l'irritazione e il rifiuto manifestato dai suoi genitori nei confronti del suo essere fragile, bisognosa, si sentiva sconvolta, angosciata, arrabbiata e ferita dal loro comportamento, quando per tutto il tempo lei si era ostinata a cercare di compiacerli. Si era vergognata a morte e ferita non solo dalla loro mancanza di comprensione per la sua sofferenza, ma anche dalla loro ostilità nei suoi confronti; come disse lei: "Era come se volessero sparare sulla Croce Rossa".

Ci sono state diverse occasioni, soprattutto all'inizio dell'analisi, in cui l'ho rassicurata sul fatto che non la odiavo e che non la volevo morta, ma queste rassicurazioni avevano poco effetto e, dopo un po', non mi aspettavo più che ne avessero alcuno. Le rassicurazioni non hanno colto il punto, perché il punto era che lei aveva bisogno di vivere con me (qualcuno di cui si fidava molto) l'esperienza di come le sue richieste e i suoi bisogni potessero diventare irritanti. Stava così trasportando questa insopportabile/impossibile dinamica all'interno della sua sfera di onnipotenza. La chiamo impossibile per due motivi. Primo, perché è impossibile per il bambino conciliare il fatto che i genitori abbiano un atteggiamento respingente nei confronti dei suoi bisogni fondamentali di attaccamento e protezione e, allo stesso tempo, mantenere una buona relazione con i genitori. Secondo, perché l'atteggiamento benevolo dell'analista sarà insufficiente e sarà necessariamente messo in discussione dato che la dinamica deve essere ricostruita e rivissuta all'interno della relazione analitica.

Davies (2004) fa l'esempio della sua paziente Karen, che aveva chiesto una seduta sostitutiva, sapendo implicitamente che questo avrebbe indotto senso di colpa e conflitto nella sua analista, mettendo Davies in difficoltà e inducendo in lei sentimenti di impotenza e odio. Tanto che le aveva detto: "Sei proprio una stronza... Sei fredda, insensibile e distaccata. Non ci sei mai stata per me – mai. Voglio dire, a volte fingi, ma è solo una cosa superficiale", aggiungendo, poco dopo, "tu mi odi". Davies ha gestito questa situazione confessando il suo odio verso la paziente, dicendole che probabilmente entrambe a volte si odiavano.

Ho rispetto per la coerenza mostrata in questo caso, e riconosco che Davies sentiva che la sua paziente sarebbe stata in grado di reggere l'intervento in quel momento; tuttavia, la mia paziente N. aveva vissuto manifestazioni così potenti di odio e violenza da parte del padre, che sentivo che non sarebbe stata in grado, in quel momento, di affrontare una rivelazione non digerita dei miei sentimenti. Sarebbe stato troppo traumatizzante e percepivo che avrebbe potuto "semplicemente" sentire che io la odiavo. Inoltre, la sua esperienza di vergogna era così intensa e annichilente, che temevo che per lei

sentire che io non ero dalla sua parte sarebbe stato troppo in quel momento.

Aron (1996, pp. 223-224) prende in esame proprio le questioni relative al tempismo dell'auto-rivelazione, distinguendo quando potrebbe essere utile e con quali pazienti, per quale scopo, ed a che punto dell'analisi, quali condizioni potrebbero aver bisogno di essere soddisfatte prima, quanta della propria affettività sia appropriato che l'analista riveli e così via, e raccomanda all'analista di valutare l'impatto della self disclosure. Come dice Benjamin, «La disclosure non è una panacea» (2004, p. 40).

Per inciso, non mi sento in colpa nel provare odio in situazioni come questa, né lo vedo come una cosa negativa, ma piuttosto lo considero una conseguenza inevitabile del tipo di esperienze che N. ha avuto nella sua infanzia. Così, invece di confessare “colpevolmente” il mio odio, in questa circostanza, ho parlato con N. delle sue peggiori esperienze che si erano riattualizzate tra noi, sottolineando come questo per lei avesse un senso, poiché aveva bisogno di sperimentare questo con me, una delle persone di cui si fidava maggiormente.

La cosa più importante è stata constatare la crudeltà del fatto che i suoi bisogni naturali di attaccamento potessero causare sentimenti di avversione. Sono arrivato a vedere questa avversione ai bisogni di attaccamento di base del bambino non solo come caratteristica degli individui con un'organizzazione di personalità borderline, ma come intrinseca allo sviluppo di tale organizzazione.

Ho scoperto che lavorare come analista avendo come cornice di riferimento il trauma ha per me una funzione contenitiva, poiché le esperienze di collera, irritazione, odio, rabbia omicida e così via tendono ad essere più fugaci, assumendo la funzione di indicatori di dinamiche finora sconosciute/non riconosciute che stanno lottando per essere rese manifeste e quindi per essere riconosciute, contenute e integrate.

Caccia all'ombra

Un'altra situazione in cui ho avvertito un'intensa pressione verso una self-disclosure che ho incontrato in un certo numero di occasioni è quella che io chiamo “caccia all'ombra”. Mi sono trovato in questo tipo di situazione in particolare con pazienti che hanno avuto un genitore con un aspetto pubblico (persona) significativamente dissonante da quello privato. Per esempio, padri violenti tenuti spesso in grande considerazione – tipicamente pilastri della comunità – ma con una vita privata e familiare spaventosamente diversa, da individui abusanti. Il paziente, quindi, è naturalmente portato a essere estremamente sospettoso della figura professionale dell'analista (persona), ed è intenzionato a scavare sotto la superficie per scoprire come questi sia

“realmente”, o cosa possa nascondere. Inizialmente questo atteggiamento serve a rassicurare il paziente sulla possibilità di fidarsi davvero dell’analista, e che questi non è come loro padre violento. Tuttavia l’analista non sarà mai in grado di dimostrare la propria bontà e gli verrà continuamente chiesto di smantellare aspetti della propria persona e del proprio funzionamento egoico, elementi odiati e che nel padre si sono rivelati indegni di fiducia.

Come sottolineano Gabbard e Lester, la cornice analitica può essere considerata come un’estensione dei confini dell’Io dell’analista, e questi confini «definiscono i parametri della relazione analitica cosicché sia il paziente che l’analista possono essere al sicuro ma anche spontanei» (1995, p. 50).

La condizione di mancanza di fiducia del paziente e il suo continuo tentativo di scavare sotto la superficie, assieme alle reazioni di rabbia e indignazione per qualche, purtroppo inevitabile, dolorosa incomprensione, probabilmente finiranno per generare quel dolore e quella rabbia nell’analista (che si è fatto in quattro per dimostrare la propria umanità) che il paziente si aspettava di trovare, pur con timore, come risultato della dinamica masochista-sadica. Più l’analista ha abbassato i suoi confini personali – si tratta della pressione che induce impotenza e regressione descritta da Fordham (1974) – più emergeranno i primi segni di rabbia e sdegno dell’analista, ripetendo in tal modo l’esperienza originaria del paziente con il padre.

La ricostruzione della situazione di inganno è ora completa, con il paziente che sperava di trovare un oggetto buono che si è mostrato in realtà cattivo, e con l’analista che inizialmente era tanto desideroso di fornire una buona esperienza riparatrice, a questo punto entrambi sentono di essere stati attirati in una situazione ingannevole in cui sono poi stati abusati, proprio come è accaduto al paziente da bambino. Tutto ciò può, naturalmente, rappresentare anche una ripetizione dell’esperienza infantile dell’analista stesso. Adrienne Harris (2009) descrive come gli analisti spesso cerchino di riparare il genitore/paziente che non hanno potuto riparare nell’infanzia e, aggiungerei, finendo forse per essere sfruttati o abusati nella dinamica conseguente.

Idealizzazione ed il rimanere buoni

Passiamo adesso all’altra estremità dello spettro: l’analista ideale, buono. Nella mia esperienza, a seguito di esperienze traumatiche l’idealizzazione è un fenomeno naturale, inevitabile e universale. È comprensibile che il paziente cerchi un mondo idealizzato, privo di conflitti, dove la sua esperienza traumatica non si ripeterà, dove non ci sarà ri-traumatizzazione. Come descrivono Davies e Frawley:

Sembrirebbe [...] che una fantasia universale presente in tutti gli adulti sopravvissuti all'abuso sessuale infantile sia che una volta rese note le orribili vicende relative all'abuso, il mondo sarà portato a fornire, come compensazione, una nuova infanzia idealizzata [...]. Spesso rinunciare a questo desiderio si rivela per la bambina ancora più inimmaginabile rispetto ad accettare la realtà dell'abuso. Riconoscere l'impossibilità di realizzare questa fantasia costituisce un tradimento della sua più sacra interiorità (Davies, Frawley, 1992, p. 25).

Naturalmente l'analista vuole promuovere le esperienze positive e consolidare l'esperienza che il paziente fa dell'oggetto buono, che è stata deficitaria in passato. A tal proposito, Jessica Benjamin (2004, p. 37?) descrive il suo lavoro con una delle sue pazienti, Aliza, che le aveva detto che stava «letteralmente morendo», che ciò a Benjamin «non importava», e che lei «non sarebbe più stata capace di fidarsi». In risposta Benjamin le disse che «indipendentemente dalle sue azioni, lei avrebbe sempre avuto un posto nel [suo] cuore, e che non avrebbe potuto spezzare il [loro] legame o distruggere i [suoi] sentimenti amorevoli».

Dopo di che, la paziente andò via, rimettendo in scena il ruolo della madre che la aveva abbandonata con dei parenti che non parlavano la sua lingua, lasciando Benjamin nel ruolo della bambina affettuosa e abbandonata. Tali co-costruzioni sono inevitabili, e sono grato a Benjamin per il suo esempio che ritengo illustri la ri-attualizzazione della dinamica traumatica.

Benjamin fornisce poi ulteriori dettagli sulla madre abbandonica della paziente, che «rispondeva a qualsiasi crisi o bisogno con caos e impassibilità» e più avanti aggiunge che «era questa madre che nessuno di noi poteva tollerare di dover essere» (p. 37); per riuscire a incarnare l'oggetto cattivo, indifferente o sadico, l'analista può dover affrontare un lungo viaggio.

Benjamin descrisse poi come, quando la sua paziente poté riconoscere di essersi identificata sua madre dal modo di rivolgersi a sua figlia, «raccontò di come si sentiva trasformata, ed ancor più dopo quella seduta, al punto che spesso si meravigliava di se stessa e si chiedeva se fosse ancora la stessa persona» (p. 40). A mio parere, in questo caso, la chiave di volta è stata il riconoscimento della rievocazione della dinamica traumatica.

L'inflazione in seguito al funzionamento interrotto dell'Ego

Vorrei descrivere un altro fenomeno estremamente potente. Come descrive Fordham, il paziente a volte dirà all'analista che deve "curarsi" della sua malattia e che «l'analista [si sta] difendendo dalla verità su se stesso e [sta] cercando di forzare le proprie ansie nel paziente» (1974, p. 193). Questo può essere estremamente sconcertante e sta al cuore di ciò che Fordham

descrive come il transfert psicotico. Quando c'è stata un'esperienza traumatica, il funzionamento dell'ego è interrotto (van der Kolk, 1996) e le reazioni affettivo-somatiche della persona sono convincenti e potenti. Si sentono più reali e più vere: c'è un'immediatezza, spontaneità, vitalità, potere e intimità in queste interazioni, e il paziente parla con convinzione (West, 2007). In questi momenti accade spesso che il paziente pretenda che l'analista "si mostri", parli con la stessa apertura emotiva, intimità, spontaneità, vitalità e potere che sta facendo, e si "curi" delle limitazioni imposte dal funzionamento cognitivo dell'Io, che il paziente sperimenta come difensivo.

In un quadro junghiano classico possiamo intendere l'interruzione del funzionamento dell'Io come una sconfitta dell'Io che porta il paziente a un'identificazione gonfiata con questi contenuti archetipici non digeriti dell'inconscio. O da un'altra prospettiva, potremmo intendere questo come una reazione onnipotente, che richiede la conformità dell'analista, rappresentando una difesa del fragile nucleo del sé contro troppe differenze.

Se riusciamo a comprendere questa dinamica in termini delle sue origini traumatiche, tuttavia, può essere più facilmente contenuta e affrontata, piuttosto che l'analista che si atteggia al ruolo del soccorritore slegato, condannato ed eroico, attirato dalle sue stesse tendenze di negazione della realtà.

Il transfert amoroso/erotico

Passando al transfert amoroso/erotico: quando un soggetto ha visto i suoi primi tentativi di attaccamento continuamente frustrati o rifiutati, o le prime espressioni del suo sé calpestate, allora l'esperienza di incontro con un analista benevolo, accogliente e accettante può costituire una scoperta inebriante. In analisi questi soggetti sono finalmente in grado di essere se stessi, ma il loro sé è ancora ferito, ha conosciuto molte esperienze di annientamento ed è disabituato ai sussulti della vita quotidiana.

Dal punto di vista dell'analista, essere con qualcuno il cui sé si sta dispiegando, che sta sperimentando la propria libertà e che si esprime così apertamente, forse per la prima volta, è una cosa meravigliosa, e l'ultima cosa che l'analista vuole fare è calpestare questi teneri germogli – causando nuovo trauma e annichilimento. Tuttavia queste persone spesso vogliono fare esperienza di un'accettazione totale, sentirsi accettati e rispecchiati in modo sicuro; come mi disse una volta una paziente: «Se non puoi esprimere i tuoi desideri sessuali verso di me, ucciderai la mia sessualità» (West, 2007, p. 4).

Il mio obiettivo qui è ancora una volta suggerire che la questione essenziale riguarda la distruzione delle prime esperienze del soggetto e l'ulteriore annichilimento a cui è stata sottoposta la sua sensibilità. Il processo analitico

consiste nell'aiutare le persone a vivere in un mondo imperfetto, in cui a volte ci sono discrepanze e rispecchiamenti imperfetti. Ancora una volta, una questione di trauma relazionale precoce, di ferite narcisistiche e del riconoscimento del narcisismo che si nasconde dietro lo stato di "essere innamorati", che è cosa diversa dall'amare.

Self-disclosure. Esplorare la co-costruzione

Un ultimo esempio: anche se con N., come ho descritto sopra, non ho fatto uso di una piena *self-disclosure*, ci sono stati momenti in cui ho esplorato in grande dettaglio le dinamiche co-costruite che si stavano sviluppando in seduta.

B. si lamentava del fatto che non le rispondeva e diceva che mi sentiva come un blocco di legno e che voleva piantarmi un coltello addosso. Mi ero reso conto che, anche se in superficie ero stato attento a relazionarmi con lei, ero diventato sempre più cupo e non reattivo e ho pensato che questo era dovuto al fatto che raramente lei riprendeva ed esplorava i miei commenti o interpretazioni, e che anche quando dicevo qualcosa che le era "entrata dentro", lei semplicemente passava oltre e presentava un nuovo problema e che, a causa di quella che sembrava essere invidia, mi aveva trattato come se fossi ovviamente sempre a posto così, e non nutrissi alcun bisogno né interesse nei suoi confronti, né avessi desiderio di relazionarmi con lei.

Nonostante le cose andassero avanti in questo modo da un po' di tempo e io potessi lavorare malgrado questi sentimenti, riuscendo a restare nel mio sé analitico professionale, riconobbi che questa situazione mi aveva ferito sempre più, sia nel mio bisogno narcisistico di ricevere risposte e apprezzamento, sia nei miei bisogni fondamentali di relazione e di essere trattato come un essere umano, piuttosto che come qualcuno che svolge una funzione per lei. Era come se fossi stato ucciso.

Aver riconosciuto questa dinamica, mi permise di decongestionare il livello di emotività così che fui in grado di esplorarla con lei in un modo in cui era chiaro che non le stavo semplicemente ingiungendo di smetterla di espormi a qualcosa di insopportabile (il paziente percepisce quando l'analista sta semplicemente evacuando ciò che non può sopportare). Le descrissi la dinamica, suggerendo che avevamo co-costruito lo stesso tipo di interazione che c'era stata tra lei e sua madre depressa, dove lei in alcuni momenti sentiva che io non le rispondeva sufficientemente perché ero disinteressato, saturo dei miei pensieri e concentrato su me stesso, e quindi la uccidevo, e, in altri momenti, lei si trovava nel ruolo della madre depressa, che ignorava i miei bisogni narcisistici e umani, uccidendomi.

Questo tipo di *disclosure* permette un'esplorazione molto più completa

della dinamica che viene co-costruita, e in tali occasioni ho trovato utile essere diretto, reale, e riconoscere sia i contributi dell'analista che quelli del paziente². Faccio notare che mi concentro sulle reazioni primitive che vivo in seduta e che raramente ne menziono gli elementi affettivi, poiché sono questi, credo, gli elementi che il paziente potrebbe trovare persecutori, pesanti o che potrebbero eccitare il suo sadismo. Forse più di ogni altra cosa, tali risposte affettive rappresentano attribuzioni di valore – “questo è cattivo e inaccettabile per me” o “questo è buono e mi piace”. Sebbene tali risposte affettive giochino un ruolo fondamentale nella vita quotidiana, in particolare nella valorizzazione (in gran parte inconscia) che ognuno fa delle esperienze, in definitiva suggerisco che il processo di analisi consista nel muoversi al di là di ciò che è buono e cattivo, per essere in grado di accettare la realtà più profonda di ciò che sta avvenendo adesso, ciò che è accaduto nel passato della persona, e ciò che questo significa per il modo di essere di quella persona.

Il viaggio interiore dell'analista

Mi rendo conto che tutti gli esempi fin qui descritti possono probabilmente richiedere a ogni analista una notevole disponibilità ad apprendere dall'esperienza, allo sviluppo emotivo e una propensione al viaggio interiore, poiché si viene sfidati a sopportare e riconoscere esperienze e reazioni primitive, dolorose e spesso ego-distoniche. Il processo analitico farà quindi appello a tutta la personalità dell'analista, e richiederà un allargamento della sua personalità. Che si tratti dell'esperienza, per esempio, di essere visto come cattivo, crudele o distruttivo e riconoscere che le proprie azioni o inazioni stanno causando una reale angoscia e a volte esperienze di annichilimento per il paziente; essere visti come moralmente cattivi, sbagliati, fallaci o disumani e, allo stesso tempo, sentirsi indifferenti, odiosi o sadici; essere preparati a resistere emotivamente a comportamenti di bullismo o sadici, o a comportamenti che in modo pervasivo disconfermano o annichiliscono (senza, si spera, ricorrere troppo alla ritorsione); essere in grado di patire il lutto per la compensatoria risposta di un mondo idealizzato e amorevole dove non c'è conflitto né opposizione e dove ogni persona è in grado di esprimersi pienamente e in sicurezza; o essere in grado di sperimentare, mantenere e contenere la speranza, l'amore, l'ispirazione, l'eccitazione e l'estasi, o la

2. Aron (2006, p. 366) descrive un altro tipo di *self-disclosure* in cui l'analista rivela la sua “duplice riflessione” quando per esempio descrive il suo conflitto interiore tra il volere che il paziente faccia la scelta giusta e la sua voglia di tutelare il bisogno di autonomia del paziente.

disperazione, l'impotenza, la frustrazione, il fallimento o la sconfitta del proprio funzionamento cognitivo o dell'ego.

Queste sono esperienze importanti che possono, a volte, sfidare i limiti stessi dell'analista, a volte alterando profondamente il suo senso di sé, e che quasi inevitabilmente portano l'analista in nuove aree di esperienza, e di se stesso. Il processo di analisi richiede quindi del tempo, sia per il paziente che per l'analista, affinché possano muoversi verso la capacità di sopportare, riconoscere, e poi comprendere e discutere esperienze che erano, e rimangono, significativamente dolorose, intollerabili e talvolta al limite dell'insopportabile (sia per il paziente che per l'analista).

Un'analisi procede a un ritmo che possa permettere che ciò accada e dipende dalle personalità e dalle particolarità dei due individui coinvolti (e questo include le matrici di supervisione, professionali, personali, culturali e sociali in cui ciascuno dei due è inserito). Gli interventi/interpretazioni cognitive avranno successo solo se rispetteranno quel ritmo, e se lavoreranno al limite di ciò che si sta manifestando a partire da, tra e in risposta ai rispettivi sé del paziente e dell'analista nel contesto della relazione che sta emergendo tra loro.

Conclusion

Suggerisco che questo atteggiamento sia relazionale, ma anche analitico, nel senso che accompagna l'individuo nei luoghi più oscuri della sua esperienza, in modo da aiutarlo a disintossicarsi ed elaborare i suoi complessi traumatici. Ciò valorizza il crogiolo trasformativo della relazione analitica. Questo atteggiamento è in contrasto con alcune posizioni psicoanalitiche relazionali in cui l'auto-rivelazione è usata per cercare di disconfermare la percezione negativa che il paziente ha di se stesso o dell'oggetto, o per promuovere l'approvazione di forme di relazione che, come dice Meredith-Owen, «possono precludere il riconoscimento di una relazione venata da una intrinseca ambivalenza, che spesso si trova al di sotto del livello di consapevolezza, ed il cui unico mezzo di espressione può essere il transfert negativo» (2013, p. 595).

Traduzione dall'inglese di Antonio de Rienzo

Bibliografia

- Aron L. (1991). The patient's experience of the analyst's subjectivity. *Psychoanalytic Dialogues*, 1: 29-51. DOI: 0.1080/10481889109538884.
- Aron L. (1996). *A Meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis*. Hillsdale NJ, London: The Analytic Press.
- Aron L. (2006). Analytic impasse and the third. Clinical implications of intersubjectivity theory. *International Journal of Psycho-Analysis*, 87, 2: 349-68. DOI: 10.1516/15EL-284Y-7Y26-DHRK.
- Benjamin J. (2004). Beyond doer and done to: an intersubjective view of thirdness. *Psychoanalytic Quarterly*, 73, 1: 5-46. DOI: 10.1002/j.2167-4086.2004.tb00151.x.
- Bromberg P. (2011). *The Shadow of the Tsunami: and the Growth of the Relational Mind*. New York, Hove: Routledge (trad. it. *L'ombra dello tsunami. La crescita della mente relazionale*. Milano: Raffaello Cortina, 2012).
- Davies J.M. (1994). Love in the afternoon: a relational reconsideration of desire and dread. *Psychoanalytic Dialogues*, 4, 1: 153-70. DOI: 10.1080/10481889409539011.
- Davies J.M. (2004). Whose bad objects are we anyway?. *Psychoanalytic Dialogues*, 14, 6: 711-32. DOI: 10.1080/10481881409348802.
- Davies J.M., Frawley M.G. (1992). Dissociative processes and transference-countertransference paradigms in the psychoanalytically oriented treatment of adult survivors of childhood sexual abuse. *Psychoanalytic Dialogues*, 2, 1: 5-36. DOI: 0.1080/10481889209538920.
- Fordham M. (1974). Defences of the self. *Journal of Analytical Psychology*, 19, 2: 192-99. (trad. it. Difese del Sé. In: *Esplorazioni del Sé*. Roma: Edizioni Ma.Gi., 2004).
- Gabbard G., Lester E. (1995). *Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing (trad. it. *Violazioni del setting*. Milano: Raffaello Cortina, 1999).
- Harris A. (2009). You must remember this. *Psychoanalytic Dialogues*, 19, 1: 2-21. DOI: 10.1080/10481880802634537.
- Jung C.G. (1921-1928). The therapeutic value of abreaction (trad. it. Il valore terapeutico dell'abreazione. In: *Opere*, vol. 16. Torino: Bollati Boringhieri, 1981. Edizione "Gli archi", 1993).
- Jung C.G. (1928). Die Beziehungen zwischen dem Ich und dem Unbewussten (trad. it. L'Io e l'inconscio. In: *Opere*, vol. 7. Torino: Boringhieri, 1983. Edizione "Gli archi", 1993).
- Jung C.G. (1934). Allgemeines zur Komplextheorie (trad. it. Considerazioni generali sulla teoria dei complessi. In: *Opere*, vol. 8. Torino: Boringhieri, 1976).
- Jung C.G. (1963). *Erinnerungen, Trauma, Gedanken von C.G. Jung*. Zurich: Rascher (trad. it. *Ricordi, sogni, riflessioni di C.G. Jung*. Raccolti ed editi da Aniela Jaffé. Milano: Rizzoli, 1978).
- Knox J. (2013). "Feeling for" and "feeling with": developmental and neuroscientific perspectives on intersubjectivity and empathy. *Journal of Analytical Psychology*, 58, 4: 491-509. DOI: 10.1111/1468-5922.12029.
- Meredith-Owen W. (2013). Are waves of relational assumptions eroding traditional analysis? *Journal of Analytical Psychology*, 58, 5: 593-614. DOI: 10.1111/1468-5922.12040.
- Mills J. (2012). *Conundrums. A Critique of Contemporary Psychoanalysis*. New York, Hove: Routledge.
- Racker H. (1958). Psychoanalytic technique and the analyst's unconscious masochism. *Psychoanalytic Quarterly*, 27: 555-62 (trad. it. Tecnica psicoanalitica e masochismo inconscio dell'analista. In: *Studi sulla tecnica psicoanalitica. Transfert e controtransfert*. Roma: Armando, 1970).
- Tronick E.Z., Bruschiweiler-Stern N., Harrison A.M., Lyons-Ruth K., Morgan A.C., Nahum

- J.P., Sander L., Stern N.D. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Mental Health Journal*, 19: 290-99. DOI: 0.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<290::AID-IMHJ4>3.0.CO;2-Q
- van der Kolk B. (1996). Trauma and memory. In: McFarlane A.C., Weisaeth L., Van der Kolk B., eds., *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*. New York: Guilford Press.
- West M. (2007). *Feeling, Being and the Sense of Self: A New Perspective on Identity, Affect and Narcissistic Disorders*. London, New York: Karnac.
- West M. (2013). Trauma and the transference-countertransference: working with the bad object and the wounded self. *Journal of Analytical Psychology*, 58, 1: 73-98. DOI: 10.1111/j.1468-5922.2013.02018.x.
- West M. (2016). *Into the Darkest Places: Early Relational Trauma and Borderline States of Mind*. London, New York: Karnac.
- Winnicott D.W. (1967). The location of cultural experience. *International Journal of Psychoanalysis*, 48: 368-72 (trad. it. La sede dell'esperienza culturale. In: *Gioco e realtà*. Roma. Armando, prima ristampa 2006).