

*La disintegrazione del Sé e la rigenerazione della “pelle psichica” nella terapia dei rifugiati traumatizzati**
Monica Luci**

[Ricevuto e accettato per la pubblicazione il 16 marzo 2019]

Riassunto

Questo articolo rappresenta un tentativo di comprendere le caratteristiche conseguenze dei traumi estremi, altrove chiamate “disturbo post-traumatico da stress complesso”, che i rifugiati e i richiedenti asilo portano in terapia. Si suggerisce che questo tipo di traumi subiti in età adulta possa comportare una disintegrazione del Sé e la perdita della “pelle psichica”. Questa concettualizzazione deriva dalla terapia di un rifugiato sopravvissuto a traumi estremi multipli e con il quale sono stati fatti sforzi in terapia per identificare una metodologia complessa che fa uso di strumenti terapeutici supplementari in aggiunta alla psicoterapia individuale. Il caso dimostra come la disintegrazione del Sé implichi non soltanto una profonda dissociazione somato-psichica, ma anche la perdita dello spazio intrapsichico e interpersonale. Nel trattamento questo è stato elaborato attraverso la ripetizione

* Traduzione dell'autrice della pubblicazione originale inglese “Disintegration of the self and the regeneration of “psychic skin” in the treatment of traumatized refugees”, *Journal of Analytical Psychology*, 62, 2: 227-246, doi: 10.1111/1468-5922.12304. Vincitore del *Fordham Prize 2018*. Tutti i diritti sono riservati alla casa editrice John Wiley & Sons Ltd, 9600 Garsington Road, Oxford OX42DQ e 350 Main Street, Malden, MA 02148, USA. Si ringrazia John Wiley & Sons per la concessione del permesso di traduzione e ripubblicazione in traduzione italiana.

** PhD, psicologa clinica e psicologa analista, membro ordinario dell'AIPA, affiliata alle società internazionali IAAP e IARPP. Esperta nel trauma dei rifugiati, con particolare specializzazione nel lavoro clinico con i sopravvissuti a tortura. Autrice della monografia *Torture, Psychoanalysis and Human Rights* (Routledge, 2017) e di altri articoli sul tema. Email: dr.monicaluci@gmail.com

Studi Junghiani (ISSN 1828-5147, ISSN e 1971-8411), vol. 25, n. 1, 2019

delle dinamiche vittima-aggressore a molteplici livelli. Alla fine, il contesto della terapia si è spontaneamente strutturato come una serie di strati concentrici, che hanno creato una “bendatura” sulle ferite del paziente mentre la sua “pelle psichica” poteva rigenerarsi. Le sindromi scatenate dai traumi estremi nei rifugiati mettono alla prova alcuni dei capisaldi della tecnica psicoanalitica nelle terapie individuali, come pure l’idea che la terapia individuale esista in un vuoto ambientale.

Parole chiave: *dissociazione, trauma estremo, pelle psichica, rifugiati, Sé, complesso vittima-aggressore*

Abstract. *Disintegration of the self and the regeneration of “psychic skin” in the treatment of traumatized refugees*

This paper presents a tentative understanding of the characteristics of the extreme traumas, elsewhere called “complex PTSD”, that refugees and asylum-seekers bring into therapy. It suggests that these kinds of traumas suffered during adulthood may involve a disintegration of the self and a loss of “psychic skin”. This conceptualization is derived from the treatment of a refugee who survived multiple extreme traumas and with whom efforts were made in therapy to identify a complex methodology making use of supplementary, therapeutic tools in addition to individual psychotherapy. The case demonstrates how the disintegration of the self implies not only a deep somato-psychic dissociation but also a loss of intrapsychic and interpersonal space. In the treatment this was worked through via repetition of victim-aggressor dynamics at multiple levels. In the end, the therapeutic context was structured like a set of concentric layers, creating a “bandage” over the patient’s wounds whilst his “psychic skin” was able to regenerate. The conditions triggered by extreme traumas in refugees challenge some of the cornerstones of individual psychoanalytic technique as well as the idea that individual therapy exists in an environmental vacuum.

Key words: *dissociation, extreme trauma, psychic skin, refugees, self, victim-aggressor complex*

I rifugiati rappresentano una particolare sfida per la psicoanalisi e la psicologia analitica per una serie di ragioni. Innanzitutto, trattare le gravi conseguenze di un’esposizione prolungata a vari livelli di intense esperienze avverse, compresa la tortura, lo stupro sistematico, il genocidio e altri traumi legati alle guerre, è in Sé un compito arduo. È significativo che Cohen abbia chiamato questi traumi fuori dall’ordinario «esperienze psicotiche ancorate in eventi reali» (1985, p. 166). A eccezione degli studi sull’Olocausto, la psicologia del profondo non ha teorizzato molto su espe-

rienze che esulano dalla nostra vita quotidiana. In secondo luogo, le teorie psicoanalitiche mantengono un imbarazzante silenzio sul tema del trauma catastrofico che si verifica durante l'età adulta, probabilmente perché sono meglio attrezzate a trattare i traumi dell'infanzia (Boulanger, 2007).

Allo stato attuale delle nostre conoscenze, sappiamo che la risposta a traumi estremamente intensi in età adulta è simile a quella dei traumi evolutivi prolungati e ripetuti. Sia i traumi infantili sia i traumi in età adulta possono dare luogo a stati post-traumatici “complessi” che possono includere i sintomi del PTSD, le alterazioni dissociative, i disturbi depressivi e alcuni cambiamenti nella personalità. Il “trauma complesso” è stato concettualizzato come una condizione caratterizzata da: 1) alterazioni nella regolazione degli impulsi affettivi, compresi sintomi come una tristezza persistente, preoccupazioni suicidarie, difficoltà nella modulazione della rabbia, dell'attivazione sessuale e autodistruttività; 2) alterazioni nell'attenzione e nella coscienza che portano ad amnesie, episodi dissociativi e depersonalizzazione; 3) alterazioni nella percezione di sé, come un senso di colpa cronico, continua e intensa vergogna, una sensazione di impotenza e di essere completamente diversi da altri esseri umani; 4) alterazioni nella percezione del perpetratore, compreso assumere come proprio il sistema di convinzioni del perpetratore, attribuire un potere totale al perpetratore o divenire preoccupati dalla relazione con il perpetratore o dalla rimessa in atto del trauma; 5) alterazioni nelle relazioni con gli altri, come non essere in grado di fidarsi delle altre persone o di sviluppare relazioni intime, e credere che le persone siano venali ed egoiste; 6) la somatizzazione e/o problemi medici che possono essere in diretta relazione con il tipo di abuso subito o essere più generali; 7) alterazioni nel sistema di significati: per esempio, sentirsi privi di speranza rispetto alla possibilità di trovare qualcuno in grado di capire la propria sofferenza o la possibilità di guarire dall'angoscia psichica (Herman 1992a, 1992b; Luxenberg *et al.* 2001; Briere e Scott 2012; van der Kolk *et al.* 2005).

Questo articolo si fonda sull'ipotesi che tali condizioni possano derivare dal “trauma estremo” subito in età adulta, specialmente se l'esperienza è stata di natura interpersonale, di eccezionale intensità ed è stata inflitta da una persona da cui si dipende per la sopravvivenza (come può avvenire in uno stato di prigionia). In questo scritto, questo tipo di trauma è concepito come uno che dà luogo a una dissoluzione o disintegrazione dei nessi associativi libidici-emozionali che danno un senso di coesione al Sé adulto. Molti autori che hanno lavorato con pazienti gravemente traumatizzati hanno espresso con vari termini l'idea che tali traumi estremi possano avere un effetto di “disgregazione” del Sé. Kohut (1984, p. 70) scrive che l'esperienza del campo di concentramento è una delle poche in grado di “frammenta-

re” un Sé sano; Herman sostiene che il Sé viene “disfatto” durante tale trauma e richiama la descrizione di Janet degli «effetti di “dissolvimento” dovuti a un’intensa emozione» (1992, p. 53); Laub e Lee (2003, p. 239) scrivono che «il trauma intenso può smantellare i meccanismi di struttura e coscienza». Tra gli junghiani Kalsched (1996, 2013) afferma che in seguito al trauma intenso il «sistema di auto-cura» (1996, p. 30) si attiva per difendere ciò che rimane del Sé ma al prezzo di un’intensa dissociazione. La caratteristica distintiva del trauma complesso sembra essere il suo profondo impatto sull’organizzazione del Sé.

Questo articolo tenta di guardare in profondità a questi stati della mente al fine di comprendere quali cambiamenti avvengono a seguito dei traumi estremi durante l’età adulta e quali strumenti terapeutici e tecniche analitiche possano essere utili a ripararli. Lo studio segue il caso clinico di Daniel, un rifugiato eritreo che ha sperimentato molteplici traumi di guerra estremi, compresa la tortura. Ciò che è emerso dalla sua terapia è l’idea che l’effetto disintegrante dei traumi estremi sul Sé può essere caratterizzato come una perdita della “pelle psichica”. Questo concetto, emerso durante lo svolgimento della terapia, ci ha mantenuti in rotta affrontando una serie di sfide estremamente difficili, ed è stato elaborato sulla base dei bisogni sia del paziente sia di coloro che si sono presi cura di lui. Ciò che segue è un resoconto della parte iniziale della terapia di Daniel, che è consistita in sedute di psicoterapia individuali, regolari sedute di supervisione di gruppo per la gestione del caso, la terapia farmacologica e un laboratorio di riabilitazione psicosociale di artigiano.

La storia di Daniel

Daniel, 31 anni, mi viene inviato al servizio psicologico di un grande centro di accoglienza per rifugiati da un’assistente sociale preoccupata a causa della sua grave insonnia e dei pensieri suicidari. Al nostro primo incontro, Daniel appare sconvolto, agitato ed esausto, qualcuno che lotta da lungo tempo. Soffre di una serie di sintomi post-traumatici: insonnia, incubi, *flashback* ricorrenti, ricordi angoscianti di episodi di guerra, sofferenza emotiva e reazioni fisiche a qualunque stimolo che gli ricordi gli eventi passati, un persistente stato di profonda tristezza e marcato ritiro sociale. I sintomi più disturbanti sono i pensieri suicidari, tinti da un senso di colpa cronico, intensa vergogna, sensazioni di impotenza e di essere completamente diverso dagli altri esseri umani, senza alcun futuro o possibilità di guarigione.

Data la gravità del caso, decido di inviarlo a un servizio ambulatoriale

ospedaliero per i disturbi post-traumatici. Tuttavia, Daniel non seguirà la mia indicazione, né tornerà da me, “eludendo” tutte le potenziali fonti di aiuto psicologico. Cinque mesi più tardi, una domenica pomeriggio, vengo chiamata dal centro di accoglienza per una emergenza: Daniel ha tentato il suicidio incendiandosi con la benzina. Estremamente agitato, ha allucinazioni visive in cui vede diavoli, e impreca contro la vita in molte lingue diverse. Con orrore scopriamo che i palmi e i polpastrelli delle sue mani sono completamente coperti di strati multipli di ustioni di lungo corso, evidentemente auto-inflitte. Daniel viene ricoverato in ospedale, nel reparto di psichiatria, per una settimana.

Sebbene la sua famiglia sia di origine eritrea, Daniel è nato e cresciuto in Etiopia, dove ha studiato all’università e si è allenato come atleta professionista. A 22 anni circa, a causa del conflitto tra Etiopia ed Eritrea, con la sua famiglia è stato deportato in Eritrea. A dispetto di un nome e cognome marcatamente ebraico, Daniel si dichiara cristiano ortodosso, ma proveniente da una famiglia non religiosa. All’età di 24 anni è stato arruolato nell’esercito eritreo e per tre anni ha combattuto nella guerra contro l’Etiopia. In seguito, Daniel ha disertato ed è fuggito verso il Sudan, dove è stato arrestato con il sospetto che si trattasse di un Falasha¹, secondo il suo racconto, minoranza ebraica discriminata in Sudan. Imprigionato e sottoposto a lavori forzati, dopo circa due anni, è riuscito a evadere dalla prigione sudanese e si è diretto verso l’Europa. Il viaggio lo ha esposto a situazioni ulteriori di estremo pericolo, la qual cosa si è aggiunta alle precedenti esperienze traumatiche.

In Italia Daniel è disoccupato e sembra “invisibile” agli altri. Negli ultimi tre anni ha vissuto nel centro di accoglienza, conducendo una vita impoverita e socialmente ritirata. Le sue giornate sono piene di pensieri intrusivi, *flashback*, assorbimento immaginativo e momenti di vuoto dissociativo. Il suo comportamento autolesivo è legato alle crisi dissociative in cui si ustiona selettivamente i palmi delle mani e i polpastrelli delle dita usando sostanze chimiche caustiche (benzina, calce viva, acido). La situazione è complicata dall’abuso di alcool, dipendenza per la quale prova una profonda vergogna.

La prima fase della terapia (i primi sei mesi)

Dopo le dimissioni dall’ospedale, iniziamo la psicoterapia a frequenza settimanale. A Daniel è stata prescritta una pesante terapia farmacologica

1. Un piccolo gruppo di ebrei, i Beta Israel, che vivono nella regione nord-occidentale dell’Etiopia.

rispetto alla quale è totalmente non collaborativo. Creiamo un gruppo di supervisione per la gestione del suo caso, il cui obiettivo è di lavorare come una piccola e affiatata comunità terapeutica all'interno del contesto più ampio del centro di accoglienza. Inoltre, Daniel viene inviato al servizio psichiatrico territoriale per la terapia farmacologica e al servizio per le tossicodipendenze per un trattamento specializzato per il suo abuso di alcool.

Il gruppo riflessivo

Il gruppo riflessivo è composto di otto assistenti sociali e operatori sanitari, me compresa, coinvolti nella gestione del caso, e ci incontriamo una volta ogni due settimane per un periodo di 15 mesi. L'équipe ha una funzione di *holding* e di "contenimento" e il suo compito è, esplicitamente, quello di riflettere sul caso di Daniel come gruppo. Nel darci questo compito, supponiamo di poter sviluppare una temporanea "funzione riflessiva" vicaria per Daniel. Da una prospettiva junghiana, questo gruppo si configura come uno spazio interpersonale in cui i complessi dissociati di Daniel possano essere rappresentati e persino manifestarsi; un laboratorio in cui le sue parti psichiche scisse possano ricombinarsi – un "vaso alchemico interpersonale".

La formazione di questo gruppo di supervisione si rivela un processo estremamente difficoltoso: l'organizzazione del centro è rigidamente gerarchica e tale gerarchia è usata per impedire qualunque pensiero indipendente e creativo. Sotto la pressione di dinamiche istituzionali e la gravità dei contenuti traumatici di Daniel, il gruppo inizialmente sperimenta una grande sofferenza e angoscia. Alcuni membri assumono un approccio quasi persecutorio verso la cura di Daniel, come "secondini" ossessionati con i monitoraggi della sua stanza per assicurarsi che non nasconda alcool o sostanze infiammabili o corrosive. Molto presto il gruppo si divide in chi "sa" e chi sceglie di "non sapere" riguardo la dipendenza di Daniel dall'alcool e dai comportamenti autolesivi, combattendosi l'un l'altro per ignorare ciò che tutti sanno. L'atteggiamento del gruppo è di pensare in termini concreti e di considerarmi come un leader protettivo ma anche direttivo. Talvolta mi chiedono istruzioni su cosa fare e quale tipo di informazione possa essere condivisa. Le emozioni sembrano intollerabili: regnano profonda angoscia, disperazione e sentimenti di inutilità e imminente fallimento. L'atteggiamento dei membri del gruppo oscilla tra una vicinanza strettissima e quasi traumatica a Daniel e un totale ritiro dalla relazione con lui. Una via di mezzo più equilibrata è, per qualche ragione, impossibile. Uno "stato di identità" si impossessa di noi: in termini junghiani questo implica l'incapa-

cià di distinguere cognizioni e affetti tra individui e oggetti diversi (Jung, 1921). Io sono Daniel; noi come gruppo siamo Daniel. Attraverso questo stato di identità possiamo iniziare a empatizzare con l'esperienza di Daniel, che è dominata da opposti che si alternano nel pensiero, nei sentimenti, nelle percezioni e nelle relazioni: onnipotenza/impotenza, sapere/non sapere, totale invasione/totale ritiro.

La terapia individuale

I primi sei mesi della terapia di Daniel sono segnati da continui episodi dissociativi con le relative ustioni autoinflitte e l'abuso di alcool. Daniel si può permettere soltanto un'alleanza terapeutica molto superficiale: la maggior parte del suo Sé sembra essere altrove, non intenzionato o impossibilitato a essere presente. Ciononostante, in questo periodo, i pensieri suicidari lentamente diminuiscono in frequenza e intensità, anche se il livello di sofferenza psicologica rimane alto. Daniel continua ad avere crisi dissociative e comportamenti autolesivi, abusa di alcool, sperimenta *flashback* e incubi. Non collabora al mantenimento della sua terapia farmacologica e anzi ingaggia una vera lotta con il personale del centro che ha in carico la somministrazione dei farmaci.

Nonostante tutto, Daniel frequenta in maniera relativamente regolare le sue sedute di psicoterapia individuale e sembra apprezzare il tempo che passiamo insieme. La terapia è caratterizzata da molti momenti di silenzio, con le mie domande spesso evitate o risposte solo in maniera superficiale o formale. D'altro lato, di tanto in tanto Daniel mi pone domande dirette sulla mia vita personale. All'inizio il mio approccio è di evitare di rispondere, ma poi mi rendo conto che un atteggiamento neutrale non sarà né possibile né produttivo. L'anonimato del terapeuta è troppo minaccioso per Daniel. Percepisco le sue domande come un suo bisogno di avere un qualche controllo su di me e di entrare in genuino contatto con me. Vuole sapere chi sono. Non è facile rispondere a tali domande ma anche più difficile evaderle. A volte, ho l'impressione controtransferale di avere le mie mani alzate come in una resa, come se Daniel stesse controllando che io non sia armata. La sua paura e la sua sfiducia diventano la mia paura e la mia sfiducia: inizio a fantasticare seconde vite e le seconde identità di criminali di guerra, ho la impressione che il nome di Daniel non sia il suo nome reale, che la sua religione non sia quella reale. Quando l'argomento diventa la religione, assume un'inspiegabile difensività. La sua identità è celata da uno schermo opaco.

Daniel è spesso assorbito in stati simili alla trance a cui non ho accesso. I suoi rari commenti su questi stati mentali vengono fatti attraverso una vo-

ce rauca che imparo a riconoscere come il suo *alter* dissociato, la voce di un altro, di qualcuno sconosciuto a se stesso e “fuori di sé”. Racconta alcuni episodi “leggeri” di guerra, ma raramente: la vita nelle baracche, le marce stancanti di notte nella pioggia, i commilitoni che cadono addormentati nel fango per la fatica, la paura palpabile nella notte durante la sentinella nel campo militare quando la sua mente entrava in allerta al più piccolo rumore. In questi momenti dissociativi, “immagini” parallele emergono in me e sembrano riferirsi a quelle parti dell’esperienza di Daniel di cui non parla, come gli spari, i fuochi, le battaglie e il seppellimento dei corpi, il loro occultamento. A volte, posso sentire persino l’odore nauseabondo della pelle bruciata. Altre volte, emergono immagini di grande tranquillità: un lago dorato, un cielo stellato in una notte d’estate, una valle di un verde brillante piena di silenzio. Kalsched descrive in maniera efficace come la psiche affronta il dolore lancinante del trauma con i suoi poteri auto-curativi e copre l’abisso con la *trance*. È plausibile che tali tranquille reazioni di controtransfert rispecchino la scissione di Daniel «per compartimentalizzare aspetti intollerabili della [sua] esperienza» (Kalsched, 2010, p. 281). Le sensazioni epidermiche formano una parte sostanziale delle mie sensazioni controtransferali: bruciore, calore, congelamento, prurito. Posso sentire il suo sguardo sulla mia pelle e molti dei suoi commenti su di me sono focalizzati su di essa.

Un’altra drammatica crisi suicidaria si verifica dopo due mesi di terapia mentre sono in ferie dal lavoro per una settimana: intossicato dall’alcool, Daniel minaccia di tagliarsi e di saltare giù da una finestra. Un intervento di emergenza lo conduce in ospedale dove viene trattenuto per due settimane. Al suo ritorno, ci rendiamo conto che le relazioni lo fanno sentire estremamente vulnerabile e che sta usando l’alcool per anestetizzare il dolore psichico. Inizia a praticare la meditazione buddista, che lo tiene lontano dagli attaccamenti, compreso l’attaccamento a me. La mia successiva assenza da lavoro verrà gestita con l’aiuto del “gruppo riflessivo”: anticipando una crisi di Daniel, il gruppo riuscirà a fornirgli assistenza, ascoltando le sue preoccupazioni suicidarie e “tenendolo” in un ambiente sicuro.

La matrioska terapeutica

È ampiamente riconosciuto che Jung non considerasse la dissociazione un evento raro ma piuttosto un aspetto chiave del normale funzionamento psichico. Ciò che varia, tuttavia, è l’intensità dei fenomeni dissociativi e la loro reversibilità (Jung, 1920/1948, 1934, 1946). In seguito a traumi estremi il Sé si frammenta in parti dissociate dotate di sufficiente coerenza in-

terna e autonomia da essere riconosciute come stati della mente estranei. Paradossalmente, questa difesa dissociativa contribuisce al mantenimento dell'identità personale, stabilendo confini rigidi tra ciò che rimane del Sé e il non Sé. Quella che poteva essere stata in precedenza una dissociazione normale, una fluida configurazione di stati del Sé multipli che permette a una persona «di sentirsi uno in molti» (Bromberg, 1998, p. 116), viene trasformata in un sistema rigido in seguito al trauma grave, con ciascun Sé separato, confinato da barriere rigide. Kalsched (1996, pp. 30-32) enfatizza che nei pazienti gravemente traumatizzati una tipica costellazione di personalità parziali è stabilita per tenere queste parti psichiche disintegrate separate l'una dall'altra, un meccanismo che lavora “contro” le integrazioni.

Il Sé di Daniel sembra completamente assente. La sua chiusura silente nel suo mondo interno sembra essere un tentativo estremo di sigillare tutto il caotico materiale della sua esperienza traumatica, mentre gli affetti intollerabili sono distribuiti su diverse parti della sua psiche e del suo soma. Comprendere l'esperienza della relazione corpo-Sé che ha il paziente è fondamentale in questa dinamica. Il corpo è una zona di confine, una cerniera tra la materia mentale e fisica. È il corpo che *sono* e il corpo che *ho*. È me e non me: qualcuno che sono, un soggetto con cui mi identifico, e qualcosa a cui guardo, che indago, ammiro, disprezzo – un oggetto. Quando la mente non può contenere le sue parti psichiche, il corpo diventa l'oggetto su cui organizzare le rappresentazioni altrimenti impossibili; questo rappresenta allo stesso tempo sia un fallimento sia un ultimo disperato tentativo di simbolizzare l'esperienza (Sidoli, 1993). L'ustionarsi in maniera ripetuta e sistematica i palmi e i polpastrelli (sede delle impronte digitali) di Daniel può essere visto come un tentativo di “azzerare” la sua precedente identità attraverso una cancellazione definitiva, eventualmente al fine di ristabilirla.

La psicoanalisi ipotizza che la pelle sia una zona di interscambio che ha un ruolo particolare nelle precoci e fondanti esperienze del Sé. Winnicott (1956, 1960, 1962) sottolinea che il corpo del bambino sente, soffre, assapora e si muove, ma non ha confini: il senso del confine, il perimetro che delimita e distingue un interno da un esterno, è acquisito in relazione a un altro. Il contatto con le mani della madre che tengono, manipolano e lo modellano è fondamentale per la superficie del corpo, la pelle che delimita l'interiorità (Winnicott, 1971). Anzieu (1985) sviluppa ulteriormente l'idea di Winnicott sulla funzione della pelle. La pelle, per Anzieu, è un involucro, un contenitore del corpo del bambino, ma anche un confine, una barriera di sicurezza tra l'interno e l'esterno; è anche un luogo di contatto e di scambio con il mondo fuori. L'“io pelle” non funziona “come” la pelle, in termini psicologici ha le sue radici nella pelle, con un'origine propriocettiva ed epidermica, e si sviluppa nel contatto di un corpo con un altro corpo.

I concetti dell'“io pelle” primordiale, dell'involucro psichico e delle funzioni di avvolgimento e contenimento pre-egoiche sono state elaborate anche da Esther Bick (1968, 1986) e Frances Tustin (1980, 1981). Esse propongono che l'involucro psichico inizi come una proto-struttura mentale virtuale (“proto” perché non è ancora basata su rappresentazioni pienamente simbolizzate) che tiene insieme la mente in formazione in attesa di ulteriori sviluppi. Con la maturità, le funzioni di avvolgimento assumono una forma simbolica, metaforica, ma in certe condizioni possono regredire a forme più concrete e patologiche.

Nel caso di Daniel, la sua pelle somatica, vale a dire il contenitore della esistenza primigenia, viene attaccato attraverso i comportamenti autolesivi e i tentativi suicidari. Daniel trasmette un senso di mancanza di confini e contenimento, ma anche la sensazione che l'ultima porzione rimasta del suo Sé sia fortemente trincerata e fissata da confini molto rigidi, una vera forza che protegge l'ultimo tesoro e la cui perdita determinerebbe il definitivo collasso del Sé. La qualità della presenza di Daniel in seduta (e nella mia mente anche fuori dalle sedute) sollecita la fantasia che la terapia individuale rappresenti per il Sé di Daniel una sorta di involucro. In seduta egli sembra godere della sensazione di essere contenuto dal contesto somato-sensoriale della terapia o forse persino dalla fantasia di essere protetto proprio dalla pelle della terapeuta, che esamina così attentamente. Questa intuizione mi porta a creare quello che chiamo una “*matrioska* terapeutica”, una serie di strati concentrici di contesti terapeutici: Daniel nella terapia individuale, la coppia terapeutica all'interno del gruppo riflessivo, e il gruppo riflessivo all'interno del centro di accoglienza che è lo strato istituzionale più esterno. Una serie di strati concentrici in continua interazione e che funzionano anche come contenitori rigidi destinati a conservare e a processare il materiale sovranchiante che emerge dalla terapia. Nel gruppo riflessivo, l'occupazione persistente da parte di Daniel delle nostre menti con contenuti emotivi travolgenti stimola continui movimenti di attraversamento dei rigidi confini di questi contenitori – un continuo impulso alla forzatura, allo scasso e all'irruzione.

La seconda fase della terapia (7-24 mesi)

Il gruppo riflessivo

In questa fase, Daniel sta ancora facendo costante uso di alcool e delle bruciature e il gruppo è ancora impegnato in intensi conflitti sulla gestione della sua terapia farmacologica e sul livello di impegno appropriato con lui

in termini di protezione/controllo. Tuttavia, mentre mi assento dal lavoro, Daniel ha lasciato insolitamente la porta della sua camera aperta, sembra quasi per mostrare ai membri del gruppo quello che sta accadendo – l’abuso di alcool e le bruciature auto-inflitte – un evidente invito ad avvicinarlo e a diventare testimoni.

Per la prima volta i membri del gruppo mettono in discussione il proprio ruolo e la propria capacità di entrare in contatto con Daniel. Si rendono conto della difficoltà che sperimentano anche solo nel testimoniare ciò che gli accade. I livelli di frustrazione e di impotenza decrescono e migliora la nostra capacità di comprendere il significato psicologico degli eventi. Ci sforziamo di capire fino a quando non ci rendiamo conto che i “nostri” sentimenti sono i “suoi”, e che noi siamo contemporaneamente la sua “pelle” e ciò che causa “buchi” sulla sua “pelle psichica”. Una volta che ci rendiamo conto di questo, osservo in Daniel e nel gruppo una sequenza alternante di “aperture” e “chiusure”.

Alla fine, una fantasia prende piede nell’immaginazione del gruppo: stiamo creando una membrana attorno a Daniel, un confine permeabile in grado di filtrare affetti e pensieri che vanno e vengono; stiamo diventando capaci di proteggere la *privacy* di Daniel, mentre rispettiamo i suoi confini personali, e anche in grado di entrare nel suo spazio personale per proteggerlo da se stesso durante le emergenze. Le nostre emozioni stanno diventando più contenibili.

La terapia individuale

Al ritorno dalle mie vacanze estive, Daniel oscilla tra due opposti stati mentali, uno di estrema tristezza e chiusura e un altro più aperto e reattivo. Durante il periodo delle mie ferie, ha deciso di ricominciare il suo programma di allenamento della corsa.

Durante le nostre sedute, alcuni sentimenti erotici sembrano emergere in Daniel, che percepisco dal modo in cui mi guarda durante i lunghi momenti di silenzio. Sento che non si tratta di “resistenza” alla terapia, piuttosto la manifestazione di qualcosa di ancora vivo in Daniel, rari momenti di Vita, controbilanciati dagli innumerevoli momenti di Morte che comprendono i suoi sintomi post-traumatici. A volte questi momenti di silenzio sono troppo intensi da sopportare, e non posso trattenermi dall’interromperli ponendo domande. In questi casi, mi sento un aggressore, qualcuno che attacca e inevitabilmente colpevole dopo.

Un giorno mentre fissa l’immagine indefinita di un dipinto appeso al muro della stanza, Daniel fa un commento fondamentale: “Le mani sono

bruciate... stanno lavorando a qualcosa”. “A cosa?” chiedo, ma Daniel non risponde. Seguendo la “suggestione” di questo commento, alcuni giorni dopo gli propongo di frequentare un laboratorio artigianale riabilitativo in cui le sue mani possano letteralmente lavorare a qualcosa. Daniel accetta. Al laboratorio lavoreranno alla scenografia di uno spettacolo ispirato a *Storia della colonna infame* (1840) di Alessandro Manzoni².

Il processo di guarigione sarà accelerato dall’attività creativa del laboratorio. Un giorno, durante uno dei suoi interminabili momenti di silenzio, commento “Dovremmo aprire una finestra in qualche punto di questo muro di silenzio, e scambiare qualcosa apertamente.” Daniel sorride, e replica che al laboratorio stanno costruendo un muro con una finestra, il muro della casa di fronte alla quale posero la “colonna infame”, simbolo dell’infamia dei presunti untori [della peste] e più tardi dell’ingiustizia dei giudici del processo che li condannò a un’orribile morte. Alla conclusione del laboratorio noto che le sue mani sono completamente guarite, Daniel ha smesso di praticare il suo comportamento autolesivo con le bruciate. Il “muro” è diventato permeabile: non più una barriera ma una membrana.

La rigenerazione della pelle psichica e la costruzione del temenos

In questa seconda fase, siamo in grado di muoverci da una situazione di identità con Daniel a una completamente nuova. Daniel, i membri del gruppo ed io diventiamo maggiormente capaci di contenere gli stati mentali di Daniel, e la sua pelle somatica può guarire dalle ferite traumatiche ripetutamente e compulsivamente auto-inflette. Bion (1962, 1963) ha sviluppato il suo concetto del “proto-mentale” esplorando il modo in cui il contenimento materno dell’attivazione di sensazioni ed emozioni permette una *funzione alfa* attraverso cui lo stato tossico degli *elementi beta* della stimolazione sensoriale possono essere modificati in qualcosa di comprensibile e pensabile. Un gruppo può svolgere una funzione simile per un Sé adulto. Il “gruppo riflessivo” passa dall’essere un aggressore di confini e sabotatore della terapia all’essere in grado di riconoscere più prontamente i propri bisogni e sentimenti e i bisogni del paziente e i suoi micro-cambiamenti. Inizialmente il gruppo parla con una voce sola; poi diventa più articolato attraverso conflitti, alleanze e combinazioni; lotta strenuamente per trovare accesso al pensiero e, finalmente, una metafora di cruciale importanza emerge: il gruppo è come una cellula, con varie componenti, alcune più

2. Lo spettacolo verrà messo in scena per celebrare il 26 giugno, giornata internazionale a sostegno delle vittime di tortura.

nucleari e altre più periferiche, alcune più stabili e altre più intercambiabili, alcune che si muovono verso l'interno e altre verso l'esterno come "vettori" per ciò che circola nei due ambienti. Ci rendiamo conto che il nostro compito è di lavorare come una membrana per Daniel al fine di diventare per lui un ambiente vivente, e un terreno di coltura. Ma come abbiamo potuto raggiungere questo stadio?

Il Sé traumatizzato ha a che fare con una tipica dinamica centrale: la predominanza del complesso vittima-aggressore che ha un effetto organizzatore sull'ambiente interpersonale. Verena Kast (2002) scrive che la prima importante funzione dell'aggressività è quella di spostare i confini. La linea che tracciamo rispetto al nostro vicino è precisamente lo spazio che reclamiamo. Questa reciproca delimitazione dello spazio tra diverse persone è un processo dinamico che avviene in modo sano nella misura in cui il processo è flessibile. Se l'altro invade completamente e traumaticamente il mio spazio, o se io pervado lo spazio dell'altro, la tensione tra me e l'altro viene completamente spazzata via. Gli aggressori e le vittime sono incatenati da un legame che sembra essere indissolubile. Kast spiega che l'aggressore delega i suoi sentimenti di ansia, impotenza, colpa, dipendenza e vulnerabilità alla vittima. La vittima delega la sua aggressività, la sua volontà di produrre qualcosa, la sua capacità di prendere decisioni, di distruggere e di disprezzare all'aggressore. Quando deleghiamo qualcosa a qualcun altro induciamo l'altra persona a fare qualcosa al nostro posto; e di solito manteniamo il contatto con la persona che abbiamo delegato. In questa dinamica vittima-aggressore, la qualità immaginaria della vita psichica è sacrificata, con prevedibili conseguenze sulla capacità di simbolizzare. Tuttavia, a un certo punto della terapia di Daniel, abbiamo osservato un cambiamento: dagli stati iniziali di estrema aggressività, di rigido confinamento, di furia devastante e attacchi continui ai confini interpersonali, Daniel si è mosso verso una seconda fase in cui i temi dello spazio personale e dei confini sono diventati temi centrali della sua terapia e i suoi confini intrapsichici e interpersonali sono diventati più morbidi e dinamici. Al tempo stesso, il gruppo che inizialmente era un guscio rigido e compatto, si è trasformato più in un'entità vivente – una cellula – in cui gli elementi di base si sono differenziati e al suo interno si sono potute svolgere dinamiche e scambi. I membri hanno iniziato a mettere in discussione i loro ruoli e differenziare i loro contatti con il paziente. Questi movimenti hanno "creato spazio" nel Sé di Daniel e spazio per le relazioni (terapeutiche). A quel punto, i nostri Sé, di Daniel, il mio e dei membri del gruppo, sono diventati in grado di fare quel movimento che Jung ha chiamato *circumambulatio* (vedi Samuels *et al.*, 1986, p. 31). Questo movimento descrive una forma circolare o a spirale, in questo modo stabilendo la distinzione tra lo spazio sacro

(l'interno) e lo spazio profano (l'esterno). Derivato dall'alchimia, il termine designa in modo più specifico la costruzione di un "recinto" o *temenos* che definisce un'area per il sacro con la funzione di creare un contenitore trasformativo. Tuttavia, in questa terapia tale spazio ha potuto crearsi soltanto grazie alle iniziali dinamiche di invasione, più specificamente attraverso la compulsione sperimentata dal terapeuta e dai membri del gruppo ad attaccare e attraversare i rigidi confini del Sé di Daniel.

La terza fase (il terzo anno)

Il gruppo riflessivo

Dopo circa 18 mesi di incontri regolari, il gruppo riflessivo è costretto a fermare le sue attività. A livello istituzionale viene presa la decisione politica inattesa di ristrutturare l'organizzazione del centro. Molti membri dello staff vengono trasferiti ad altri servizi esterni. La decisione ha un impatto tremendo sul setting terapeutico, distruggendo la pelle gruppale e rompendo il contenitore multistrato. Un urgente cambiamento in terapia si impone pericolosamente.

La terapia individuale

Daniel sta migliorando nella sua terapia individuale, dando prova del fatto che ora è in grado di autoregolare quegli stati mentali che prima venivano regolati nelle interazioni quotidiane con i membri del "gruppo riflessivo". Può impegnarsi in alcune funzioni di simbolizzazione ed è anche migliorato nelle prestazioni atletiche, portando avanti in modo costante e quotidiano gli allenamenti. Tuttavia, è triste per il fatto di correre da solo: per la prima volta un'atmosfera di scongelamento colora le nostre sedute e una nuova qualità di apertura emerge nella nostra relazione. I suoi racconti circa la sua precedente vita in Africa diventano più ricchi e mi parla di come le diverse comunità sono organizzate nell'area e dei conflitti tra loro per le risorse idriche. Uno scambio significativo e dinamico avviene in una seduta in cui Daniel elogia la bellezza del Mar Rosso chiamandolo il "paradiso dei pescatori" (per la varietà dei pesci che lo abitano). Poi mi chiede in maniera molto diretta se sia mai stata lì. Dopo una certa esitazione, commento "Sì, è incredibilmente ricco". Con un repentino cambio di atteggiamento, mi chiede se abbia mai visto il Mar Morto. A dispetto della mia sorpresa per il rapido cambiamento nell'atmosfera emotiva, rispondo onesta-

mente che l'ho trovato un luogo terribile: un enorme lago salato le cui rive sono il punto più basso della terra, al centro di un deserto dove fa insopportabilmente caldo. Daniel chiude lo scambio commentando che «“Loro” [gli ebrei israeliani] sanno come coltivare il deserto».

Un tema religioso si sviluppa in terapia circa il successo e l'espansione della cristianità legata all'aggressività dei conquistatori. Nelle sedute successive, questo tema dei conquistatori *versus* i conquistati continua in relazione all'Etiopia e all'Eritrea, con Daniel che sostiene di poter entrare in Etiopia (l'aggressore) ma non in Eritrea (la vittima o la parte più debole) a causa di una zona militarizzata situata tra i due paesi. Come il gruppo riflessivo nelle prime fasi della terapia, a questo punto Daniel si può identificare con l'aggressore ma non ha accesso alla sua parte vittima. Questo periodo è caratterizzato da un più alto livello di sofferenza posttraumatica. I suoi tentativi di affrontarla lo stancano. Durante il giorno si allena e poi girovaga a piedi “come uno zingaro”, commenta, “che attraversa i confini”, penso. Attraversare i confini interpersonali come risultato della sua sofferenza post-traumatica è ciò che Daniel fa continuamente in terapia.

In seguito, si sviluppa un tema riguardo il sottosuolo africano (simile a quello delle acque profonde del Mar Rosso). Questa volta, focalizzato sui materiali preziosi che si possono trovare in Africa: l'oro, l'argento, il petrolio, i diamanti. Insieme, ci rendiamo conto che “argento” è la radice di molti nomi di monete in tutto il mondo. Parliamo del fatto che la moneta circolante di uno stato dovrebbe ammontare a una corrispondente quantità di oro posseduta dallo stato, mentre l'argento, un materiale meno prezioso può essere scambiato nelle transazioni economiche.

In maniera inattesa, viene presa un'altra decisione: come parte della riorganizzazione del centro di accoglienza, il servizio psicologico dovrà essere chiuso in meno di otto settimane. Questo significa non soltanto che la terapia di Daniel dovrà essere traumaticamente interrotta, ma anche che io perderò il mio lavoro. Un sentimento di impotenza e disperazione tinge le nostre sedute. Il giorno di Ognissanti si avvicina e Daniel mi chiede dove vengono seppelliti gli ebrei a Roma.

Nonostante questa atmosfera mortifera, durante una delle nostre ultime sedute nel centro Daniel racconta di amare molto una canzone italiana, *Cambia-menti* di Vasco Rossi (un cantante noto anche per il suo uso di sostanze). Il titolo è un evidente gioco di parole che divide il significato della parola “cambiamenti” in due e al tempo stesso trasforma il modo in cui essa viene letta per dire “cambia mente”. Il testo della canzone tratta la difficoltà di cambiare diversi aspetti della propria vita e sostiene che cambiare se stessi è la vera rivoluzione. L'ultima strofa della canzone recita: «Vivere bene o cercare di vivere, fare il meno male possibile e non essere il miglio-

re. Non aver paura di perdere, e pensare che sarà difficile uscire da questa situazione». Questi versi mi suonano come un saggio suggerimento per Daniel e per me su come gestire questo passaggio critico della terapia.

Commosa dalla sintonizzazione di Daniel, prometto che la terapia continuerà regolarmente nonostante la chiusura del servizio, sebbene io non sappia ancora come. In effetti, riesco a garantire la continuità della terapia individuale su base volontaria per sei mesi, dopo i quali la mia organizzazione mi offrirà un nuovo lavoro. Durante questo periodo stressante, il Servizio per le Tossicodipendenze mi informa che Daniel ha smesso di usare l'alcool. In terapia Daniel mi racconta alcune delle sue esperienze più traumatiche. Parla approfonditamente del periodo in cui è stato tenuto prigioniero dal suo stesso esercito, periodo durante il quale è stato torturato, ustionato con l'acqua bollente e lasciato esposto al sole con la pelle bruciata, appeso per le braccia legate dietro la schiena. Descrive dettagliatamente come il dolore fisico cambi la percezione del tempo. Ricorda il luogo affollato dove venne detenuto in condizioni igieniche intollerabili, mentre la sua pelle bruciava per le ustioni subite e per le infezioni. Per la prima volta è in grado di descrivere il *numbing*, la depersonalizzazione e la derealizzazione che sperimenta ancora oggi e l'incontenibile rabbia che brucia dentro di sé. Si sente completamente cambiato a causa della guerra ed è consapevole che non potrà mai più tornare a chi era prima di tutto questo.

Tuttavia, uno speciale messaggio di speranza e benaugurante arriva in tempo per la celebrazione di *Pesach*, la Pasqua ebraica. Venti minuti prima dell'inizio della festa, Daniel (che non ha mai usato il mio numero di cellulare e non lo userà in seguito) mi invia il seguente messaggio: "Siamo arrivati con navi diverse da diversi continenti, ma ora siamo sulla stessa barca (me stesso)". Una versione leggermente modificata di una citazione di Martin Luther King: «Siamo arrivati con navi diverse, ma ora siamo tutti sulla stessa barca». Un messaggio di integrazione, che implica il ripristino di un oggetto buono interno, la consapevolezza di un destino umano comune, la fiducia nella futura liberazione dalla schiavitù (la sua sofferenza post-traumatica) e la conquista dei diritti di cittadinanza (il suo diritto a esistere come soggetto).

La simbolizzazione e l'accesso alle memorie traumatiche

Nella fase della terapia in cui il paziente è in grado di impegnarsi nella simbolizzazione e avere accesso alle sue memorie traumatiche, la terapia può davvero prendere il largo: gli opposti possono affrontarsi e giocare il proprio ruolo sia a livello intrapsichico sia a livello interpersonale. L'inconscio di Daniel è meravigliosamente rappresentato dall'immagine del Mar

Rosso, una fonte inesauribile di nutrimento e bellezza, che mostro di apprezzare. Poi all'improvviso ci aspetta il contrario: il Mar Morto, un lago salato dove la vita è impossibile, un luogo che trovo spaventoso. Daniel commenta che gli ebrei israeliani sanno come coltivare il deserto, indicando con tale capacità il sentiero da percorrere per la terapia: mantenere la tensione tra questi due estremi – la bellezza, la vita, la varietà e il nutrimento da un lato, e la morte, l'orrore, la paura e l'insospitalità dall'altro – è ciò che permette di coltivare “il deserto dell'anima”.

Le nostre discussioni si approfondiscono mentre Daniel ha accesso al livello simbolico del pensiero. Mi ricorda che il sottosuolo africano è ricco di materiali preziosi: l'oro, i diamanti, il petrolio, ecc. Questo mi fa pensare all'*opus* alchemico indagato da Jung, in cui l'alchimista si sforza di creare l'oro a partire da metalli di base, una metafora per il lavoro della trasformazione psicologica, un modello del processo di individuazione che mira a ricercare al proprio interno il Sé attraverso i propri complessi psichici (Jung, 1944). Tuttavia, l'accesso all'oro deve passare attraverso gli scambi di materiali meno preziosi come l'argento (le monete). In ogni caso, ciò che scambiamo deve corrispondere alla quantità delle nostre riserve auree, cioè della nostra ricchezza personale.

Un potente attacco proviene dagli strati più esterni del contenitore terapeutico, i livelli istituzionali e politici che mettono a dura prova la costanza della terapia e testano le nostre riserve personali di “ricchezza”. Quando questo avviene e sono in grado di assumermi un rischio personale offrendo di continuare la terapia, Daniel risponde in modo positivo riuscendo ad abbandonare l'uso dell'alcool (Cambia-menti) e diventando in grado di farsi guidare da me verso un altro contesto terapeutico, senza paura della dipendenza. Per la prima volta è anche in grado di rivelare dei ricordi molti attinenti delle sue esperienze traumatiche. Ed è anche capace di impegnarsi nella simbolizzazione recuperando una funzione narrativa che è possibile soltanto se l'Io ha sufficiente consistenza e può “testimoniare” l'esperienza.

Conclusioni

Questo caso clinico mostra come gli eventi traumatici estremi subiti in età adulta possano disintegrare il Sé adulto che, di conseguenza, riconosce se stesso come profondamente e permanentemente cambiato. Tale disintegrazione è sperimentata dal paziente (e in maniera controtransferale dal terapeuta) come perdita della “pelle psichica”, cioè come perdita del contenitore psico-somatico primario (Bick, 1968, 1986) che è necessario per l'esistenza di uno spazio psichico interno disponibile alla simbolizzazione.

Le esperienze traumatiche fanno collassare questo spazio psichico interno, generando, da un lato, il bisogno del Sé di contare su una massiccia dissociazione per ristabilire un qualche senso di coesione e, dall'altro, il bisogno della persona di creare ciò che potremmo chiamare delle "relazioni adesive", uno stile relazionale caratterizzato dalla mancanza di spazio interpersonale e dalla compulsione a mettere in atto le dinamiche vittima-aggressore con i relativi cicli di azioni-reazioni (Benjamin, 2004; Kast, 2002).

Una vera reintegrazione del Sé richiede l'elaborazione di stati psichici dissociati nel contesto di queste relazioni adesive al fine di permettere alla pelle psichica di rigenerarsi attraverso un processo che è simile a (ma anche diverso da) quello che avviene nelle prime fasi della relazione tra madre e bambino (Bick, 1968). La similarità tra queste due coppie è nello stato di identificazione della madre con il bambino e del terapeuta con il paziente necessario a processare gli stati psicosomatici angoscianti del bambino/paziente. Tuttavia, ciò che caratterizza la diade terapeuta-paziente è il fatto che essi non stanno soltanto facilitando un compito evolutivo di costruzione della mente, ma sono impegnati reciprocamente a "disfare" gli effetti strutturanti sulla mente di potenti esperienze distruttive. Queste ultime tendono a inscrivere in stati psichici e fisici dissociati e in comportamenti autolesivi che possono mescolarsi con pre-esistenti affetti non simbolizzati. Come tali, essi resistono strenuamente al cambiamento, e poiché provengono dal trauma sono spesso processati attraverso la ripetizione di potenti dinamiche vittima-aggressore, che minacciano i confini interpersonali di paziente e terapeuta. In tali dinamiche, pensare è estremamente difficile. Per questa ragione, i dispositivi gruppali per i *caregiver*, come il nostro "gruppo riflessivo", offrono mezzi fondamentali per sviluppare un pensiero fruttuoso sul caso e rendere le interazioni con il paziente più terapeutiche. Nei gruppi, i sentimenti associati all'essere una vittima, un persecutore o un salvatore sono sperimentati come particolarmente coinvolgenti dai membri. Uno scopo del lavoro di gruppo è quello di permettere a tali sentimenti di circolare con un certo grado di fluidità, il che consente di comprenderli come parte della messa in atto dei complessi tipici del trauma e non come identità dei suoi membri. Se tali dinamiche possono essere genuinamente sentite e comprese, si può stabilire un ponte tra le parti precedentemente dissociate del paziente e si possono (ri)aprire alcuni spazi psichici potenziali, favorendo la rigenerazione della sua pelle psichica. Il percorso terapeutico può richiedere strumenti aggiuntivi alla psicoterapia individuale – per esempio, le terapie che lavorano sul corpo o usano il corpo come mezzo per la terapia (nel caso di Daniel, il laboratorio artigianale). Queste terapie alternative rappresentano strumenti potenti perché hanno diretto accesso agli stati mentali dissociati. Per la stessa ragione, dovrebbero essere usate con cautela e da terapeuti esperti.

Nella psicoterapia psicodinamica individuale, il “trauma complesso” mette in discussione tre capisaldi della tecnica analitica: 1) la neutralità e l’anonimato dell’analista, 2) la correlata concezione del paziente ingenuo, 3) l’uso dell’interpretazione come strumento terapeutico principe.

Abbiamo visto come per tutta la prima fase della terapia di Daniel non ci sia stata possibilità per la terapeuta di rimanere neutrale e anonima. Sono stata chiamata a partecipare alla terapia con il massimo del coinvolgimento personale, permettendo al bisogno di sicurezza del paziente di avere la priorità su qualunque altra cosa. La mia soggettività e la qualità e la costanza della mia presenza in terapia sono state ripetutamente testate da Daniel. Il suo io era così impoverito che non poteva in nessun modo garantire che non sarebbe stato ancora una volta sfruttato o umiliato. Sentivo che Daniel poteva essere avvicinato solo in modo autentico, esponendo me stessa nella misura richiesta dal procedere della terapia.

Nel modello di Jung la soggettività dell’analista è un ingrediente attivo nel transfert che inevitabilmente protrude nell’analisi (Jung, 1913), ed è accuratamente percepita dal paziente. Daniel era estremamente consapevole del mio respiro, dei miei movimenti sulla sedia, della mia voce, del mio umore, del modo in cui facevo una interpretazione, il modo in cui sceglievo di non farla, attento alla scelta dei contenuti delle domande, ecc. Durante le nostre sedute insieme, “sapevo” di essere continuamente monitorata. Jung ha paragonato la relazione psicoterapeutica alla combinazione di due sostanze chimiche che, mescolandosi, cambieranno inevitabilmente, dando luogo a un nuovo composto (Jung, 1946). Questa combinazione con Daniel si verificava con un’intensità che non potevo ignorare. Per un lungo periodo, i pensieri circa Daniel mi hanno pervasa anche fuori dalle nostre sedute, con una qualità “collosa” che ha costretto la mia mente a fare un considerevole superlavoro metabolico.

Per questa ragione, e questo è il terzo punto, la qualità terapeutica più importante nella concezione junghiana è esattamente l’apertura all’esperienza, accompagnata da una riduzione dell’interpretazione; vale a dire, una riduzione degli aspetti cognitivi a favore delle componenti affettive. Per un periodo di tempo sostanziale all’inizio della terapia, le interpretazioni sarebbero state fuori luogo, persino dannose, perché il Sé narrativo di Daniel non era presente. Inoltre, i contenuti delle prime sedute indicavano un funzionamento primitivo ed erano estremamente difficili da verbalizzare: potevano essere per lo più sentiti nel corpo e comunicati attraverso il “contagio psichico” (Jung, 1946). Per un lungo periodo di tempo, la capacità riflessiva del paziente è stata recuperata al lento passo dei micro-cambiamenti grazie alla digestione graduale e auto-contenuta degli affetti della terapia da parte della terapeuta e dei membri del gruppo riflessivo. Questo ambiente è stato sufficientemente

protettivo per il Sé di Daniel in quanto non venivano offerte interpretazioni potenti e minacciose, cosa che ha dato a Daniel l'opportunità di integrare i suoi stati dissociati, ingaggiando la terapeuta e gli altri *caregiver* nelle dinamiche vittima-aggressore tipicamente modellate dal trauma. In questo modo Daniel ha potuto sperimentare e integrare versioni di se stesso sia come soggetto sia come oggetto a livelli tollerabili di intensità emotiva, un processo cruciale per riparare le sue relazioni oggettuali e per recuperare le sue capacità riflessive, il risultato ultimo e prezioso della terapia.

Bibliografia

- Anzieu D. (1985). *Le moi-peau*. Paris: Dunod (trad. it. *L'io-pelle*. Milano: R. Cortina, 2017).
- Benjamin J. (2004). Beyond doer and done to: an intersubjective view of thirdness. *Psychoanalytic Quarterly*, 73: 5-46. DOI 10.1002/j.2167-4086.2004.tb00151.x
- Bick E. (1968). The experience of skin in early object relations. *International Journal of Psychoanalysis*, 49: 484-86 (trad. it. L'esperienza della pelle nelle prime relazioni oggettuali. In: Bonaminio V., Iaccarino B., a cura di, *L'osservazione diretta del bambino*. Boringhieri, Torino 1984).
- Bick E. (1986). Further considerations on the function of the skin in early object relations. *British Journal of Psychotherapy*, 2: 292-99. (trad. it. Ulteriori considerazioni sulle funzioni della pelle nelle prime relazioni oggettuali: integrando i dati dell'*infant observation* con quelli dell'analisi dei bambini e degli adulti. *Rivista di Psicoanalisi*, 30, 3: 341-355).
- Bion W.R. (1962). A theory of thinking. In: Bott Spillius E., ed., *Melanie Klein Today: Developments in Theory and Practice. Volume 1: Mainly Theory*. London: Routledge (trad. it. Una teoria del pensiero. In: *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma: Armando, 1970).
- Bion W.R. (1963). *Elements of Psychoanalysis*. London: Karnac (trad. it. *Gli elementi della psicoanalisi*. Roma: Armando, 1995).
- Boulanger G. (2007). *Wounded by Reality: Understanding and Treating Adult Onset Trauma*. Mahwah, NJ & London: The Analytic Press.
- Briere J., Scott C. (2012). *Principles of Trauma Therapy: A Guide to Symptoms, Evaluation, and Treatment*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bromberg P.M. (1998). *Standing in the Spaces*. Hillsdale, NJ: Analytic Press (trad. it. *Clinica del trauma e della dissociazione. Standing in the spaces*. Milano: R. Cortina, 2007).
- Cohen J. (1985). Trauma and repression. *Psychoanalytic Inquiry*, 5: 163-90. DOI 10.1080/07351698509533580.
- Herman J.L. (1992a). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence. From Domestic Abuse to Political Terror*. New York: Basic Books (trad. it. *Guarire dal trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*. Roma: Magi, 2005).
- Herman J.L. (1992b). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5: 377-91. DOI 10.1002/jts.2490050305.
- Jung C.G. (1913). Allgemeine Aspekte der Psychoanalyse (trad. it. Aspetti generali della psicoanalisi. In: *Opere*, Vol. 4. Torino: Boringhieri, 1973).
- Jung C.G. (1920/1948). The Psychological Foundations of Belief in Spirits. *Proceedings of the Society for Psychical Research*, 30, L79 (May): 75-93 (trad. it. I fondamenti psicologici della credenza negli spiriti. In: *Opere*, vol. 8, Bollati Boringhieri, Torino 1976).

- Jung C.G. (1921). *Psychologische Typen* (trad. it. *Tipi psicologici. Definizioni*). In: *Opere*, vol. 6. Torino: Boringhieri, 1969).
- Jung C.G. (1934). *Die Archetypen und das kollektive Unbewusste* (trad. it. *Gli archetipi e l'inconscio collettivo*). In: *Opere*, vol. 9/1. Torino, Boringhieri, 1980).
- Jung C.G. (1944). *Psychologie und Alchemie* (trad. it. *Psicologia e alchimia*). In: *Opere*, vol. 12. Torino: Boringhieri, 1992).
- Jung C.G. (1946). *Die Psychologie der Übertragung* (trad. it. *La psicologia del transfert*). In: *Opere*, vol. 16. Torino: Boringhieri, 1981).
- Kalsched D. (1996). *The Inner World of Trauma*. New York: Routledge (trad. it. *Il mondo interiore del trauma*. Bergamo: Moretti e Vitali, 2001).
- Kalsched D. (2010). Working with trauma in analysis. In: Stein M., ed., *Jungian Psychoanalysis: Working in the Spirit of C.G. Jung*. Chicago & La Salle, Illinois: Open Court.
- Kalsched D. (2013). *Trauma and the Soul*. New York: Routledge (trad. it. *Il trauma e l'anima*. Bergamo: Moretti e Vitali, 2013).
- Kast V. (2002). *Abbandonare il ruolo di vittima. Vivere la propria vita*. Roma: Ed. Koiné.
- Kohut H. (1984). *How Does Analysis Cure?* Chicago: University of Chicago Press (trad. it. *La cura psicoanalitica*. Torino: Boringhieri, 1986).
- Laub D., Lee N.C. (1989). Failed empathy. A central theme in the survivor's Holocaust experience. *Psychoanalytic Psychology*, 6: 377-400. DOI 10.1037/0736-9735.6.4.377
- Luxenberg T., Spinazzola J., van der Kolk B.A. (2001). Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) diagnosis, part one: assessment. *Directions in Psychiatry*, 21, 25: 373-92.
- Manzoni A. (1840). *Storia della colonna infame*. In: *I promessi sposi*. Milano: Paoline, 1987.
- Meltzer D. (2004). The geographic dimension of the mental apparatus. In: Gosso S., ed., *Psychoanalysis and Art: Kleinian Perspectives*. London: Karnac Books.
- Samuels A., Shorter B., Plaut F. (1989). *A Critical Dictionary of Jungian Analysis*. East Sussex & New York: Routledge (trad. it. *Dizionario di psicologia analitica*. Milano: R. Cortina, 1987).
- Sidoli M. (1993). When meaning gets lost in the body. *Journal of Analytical Psychology*, 38: 175-90.
- Tustin F. (1972/1995). *Autism and Childhood Psychosis*. London: Karnac Books (trad. it. *Autismo e psicosi infantile*. Roma: Armando, 2013).
- Tustin F. (1981). *Autistic States in Children*. London: Routledge & Kegan Paul (trad. it. *Stati autistici nei bambini*. Roma: Armando, 1992).
- Van der Kolk B.A., Roth S., Pelcovitz D., Sunday S., Spinazzola J. (2005). Disorders of extreme stress: the empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 5: 389-99. DOI 10.1002/jts.20047.
- Winnicott D.W. (1956/1958). Primary maternal preoccupation. In: *Collected Papers*. New York: Basic Books (trad. it. *La preoccupazione materna primaria*. In: *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze, 1975).
- Winnicott D.W. (1960/1965). Ego distortion in terms of true and false self. In: *The Maturation Processes and The Facilitating Environment*. New York: IUP (trad. it. *La distorsione dell'io in rapporto al vero ed al falso Sé*. In: *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando, Roma, 1983).
- Winnicott D.W. (1962/1965). Ego integration in child development. In: *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. New York: IUP (trad. it. *L'integrazione dell'io nello sviluppo del bambino*. In: *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando, Roma, 1983).