

## Dissociazione e stanza d'analisi: esperienza relazionale, presenza affettiva del terapeuta e regolazione emotiva

Laura Corbelli,\* Adriana Cornacchia,\*\* Daniela De Robertis,\*\*\*  
Giovanna Tatti,\*\*\*\* Laura Toscano\*\*\*\*\*

**SOMMARIO.** – La dissociazione rappresenta un meccanismo psichico che può manifestarsi sia in forme comuni e non patologiche – come perdersi nei propri pensieri durante una passeggiata – sia in modalità più gravi, come l'amnesia o la frammentazione dell'identità. In questo lavoro ci occuperemo di quei casi in cui, in ambito terapeutico, essa può emergere come un distacco o isolamento emotivo, spesso come strategia difensiva di fronte a emozioni travolgenti. Il compito dell'analista, coinvolto in prima persona, è offrire uno spazio di regolazione affettiva che consenta al paziente di riconnettersi con il proprio mondo emotivo e di reintegrare le esperienze dissociate. Attraverso due vignette cliniche, verranno illustrate differenti manifestazioni della dissociazione in seduta, evidenziando le sfide che queste pongono all'analista nella pratica clinica.

*Parole chiave:* dissociazione, regolazione affettiva, interazione.

---

\*Psicologa e Psicoterapeuta SIPRe; Docente di Psicopatologia alla Scuola di Psicoanalisi della Relazione (SIPRe) sede di Parma, Italia; Direttrice della rivista *Ricerca Psicoanalitica*; Referente per lo sportello 'Gioco Responsabile' dell'Ente di Stato dei Giochi della Repubblica di San Marino; Già Presidente, Ordine degli Psicologi della Repubblica di San Marino. E-mail: laurac@omniway.sm

\*\*Psicologa, Psicoterapeuta, Membro e Supervisore SIPRe; Direttrice della sede di Roma della Scuola di Specializzazione di Psicoanalisi della Relazione di Roma; Docente di Psicopatologia, Diagnostica Clinica e Consultazione Psicoanalitica e Analisi della Domanda, Italia. E-mail: a.cornacchia@libero.it

\*\*\*Filosofo, Psicologo, Psicoanalista; Membro e Supervisore SIPRe; Socio IFPS; Docente di Scienza Cognitiva, Teoria Freudiana, Epistemologia Freudiana e Fondamenti di Epistemologia, Istituti di Roma, Milano e Parma della Scuola di Specializzazione della Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione, Italia. E-mail: dan.derobertis1@gmail.com

\*\*\*\*Psicologa e Psicoanalista IFPS; Psicologa Penitenziaria; Socio ESTD (*European Society for Trauma and Dissociation*); Membro Direttivo, Associazione di Studi Psicoanalitici (ASP); Comitato Scientifico ASP e Mito&Realtà; Socio della Società Italiana di Criminologia, Italia. E-mail: giovannatatti@gmail.com

\*\*\*\*\*Psicologa e Psicoterapeuta SIPRe; Libero professionista, Italia.  
E-mail: info@psicologalauratoscano.it

La parola dissociazione richiama comunemente scenari preoccupanti o situazioni di patologia. Tuttavia, come clinici è bene ricordare che, sebbene sia un fenomeno mentale articolato, che può manifestarsi in modi molto diversi tra loro, il suo ampio spettro è fortemente diversificato. Essa, infatti, non sempre si presenta in forme patologiche: al contrario, può fare parte della nostra esperienza quotidiana più di quanto ci si renda conto.

Un esempio semplice e comune di questo fenomeno è rappresentato da quello che succede quando percorriamo un tragitto abituale – in auto o a piedi – e ci accorgiamo di averlo fatto senza prestare attenzione alla strada. La nostra mente era altrove, immersa nei pensieri, eppure siamo arrivati a destinazione senza problemi. In questo caso, la dissociazione è da intendersi come un momentaneo ‘distacco di attenzione’ dall’ambiente circostante, del tutto normale e funzionale.

All’estremo opposto dello spettro troviamo forme molto più intense e complesse. Alcune persone, in condizioni di stress estremo – come può accadere in contesti militari – utilizzano tecniche di autoipnosi per sopportare il dolore fisico. Altri riferiscono esperienze particolari durante il racconto di traumi, come l’autoscopia, ovvero la percezione di uscire dal proprio corpo e osservarsi dall’esterno. Nei casi più gravi, si possono riscontrare fenomeni descritti nei manuali di psicopatologia, come l’Amnesia Dissociativa o una frammentazione dell’identità, come avviene nel Disturbo Dissociativo dell’Identità (DDI).

Questa varietà ci suggerisce che la dissociazione come fenomeno non è di per sé un segnale di malattia. Spesso rappresenta una risposta funzionale della mente a situazioni emotivamente complesse, una strategia utile per mantenere un certo equilibrio interno. In molte circostanze, si tratta di un meccanismo adattivo che consente di prendere temporaneamente le distanze da contenuti troppo intensi o difficili da elaborare, permettendo alla persona di proseguire con le attività quotidiane.

Quando ciò avviene in modo fisiologico, le esperienze dissociate non vengono necessariamente cancellate, ma semplicemente ‘messe da parte’ per un po’. Possono poi riaffiorare e integrarsi senza particolari difficoltà. Anche in presenza di momentanee ‘fratture’ dell’esperienza, il senso di sé resta integro: l’individuo continua a sentirsi un soggetto unico e coerente, capace di riconoscere come proprie anche le diverse sfaccettature della propria esperienza interiore.

Quando però la dissociazione assume una veste difensiva rigida che si ripropone in modalità automatica, può ostacolare la capacità della persona di contenere e riflettere sui diversi stati mentali all’interno di una percezione integrata di sé. In questi casi, è sicuramente a rischio il senso di continuità e coerenza interna. Certamente pensare che questo svolga una funzione vantaggiosa per il soggetto potrebbe sembrare paradossale, tuttavia, anche questa forma di dissociazione estrema ha uno scopo: proteggere il soggetto dal peri-

colo di una frammentazione più importante, di ordine traumatico, mantenendo almeno una traccia per quanto sottile di stabilità e integrità dell'identità (Binet, 1892; Craparo *et al.*, 2020; Janet, 1889).

Oggi il fenomeno dissociativo e i possibili interventi in ambito terapeutico sono sempre più al centro della riflessione clinica (Albasi, 2006; Falci & Giustino, 2023; Farina & Liotti, 2011). In questo solco si colloca il nostro contributo, proponendo di osservare da vicino la dissociazione così come si manifesta nello spazio analitico, quando il paziente e il terapeuta sono direttamente e attivamente coinvolti in una relazione. In questa prospettiva quindi, non si tratta solo di osservare un fenomeno individuale, ma di cogliere le dinamiche che coinvolgono l'intera coppia analitica, in un *hic et nunc* che mette in gioco l'avvenimento presente e vissuto della relazione, le sue conseguenze immediate e le sue potenzialità trasformative.

Anche nel vivo della seduta, come descritto prima per la quotidianità, i fenomeni dissociativi possono assumere diversi significati: dal rappresentare l'espressione fenotipica di una determinata struttura personologica, all'indicare una modalità di affrontare temporaneamente un cambiamento, oppure rappresentare una difesa, in particolare rispetto a contenuti (di gravidanza emotiva) emersi in quel momento. L'analista, in quanto parte attiva e coinvolta (sia nell'assistere al processo, sia essendo parte dello stesso) non ha solo il compito di riconoscere la modalità emergente, ma anche di interrogarsi su come lui stesso sperimenti ciò che sta accadendo e ne sia un tassello importante, al fine di poterne utilizzare vantaggiosamente le potenzialità.

Più nello specifico, ci riferiamo a quelle situazioni in cui la dissociazione rappresenta un tentativo del paziente di prendere le distanze da emozioni troppo intense, sorte proprio durante l'interazione con l'analista e del modo in cui l'analista si pone rispetto ad esse, potendo decidere di farne qualcosa. Si tratta di vissuti spesso difficili da elaborare, che possono riattivare dinamiche relazionali pregresse e conflittuali, riemerse proprio in virtù della presenza dell'altro, della relazione terapeutica in entrambi i membri della coppia.

Questo pone anche una sfida di primaria importanza, che ha a che fare con ciò che concerne la regolazione affettiva. L'intervento dell'analista infatti dovrebbe offrire uno spazio relazionale capace di *contenere* e modulare le emozioni emerse nella seduta. Ma il contenimento, in questo senso, non si configura solo come un atto cognitivo o interpretativo, quanto piuttosto ha la portata di un'esperienza condivisa, che passa attraverso il canale emotivo. Quando l'analista riesce a cogliere e dare forma a ciò che il paziente e lui stesso stanno provando – che si tratti di paura, rabbia, vergogna, dolore, colpa o iper-eccitamento – contribuisce in modo attivo alla regolazione affettiva del paziente, favorendone la reintegrazione delle parti dissociate (Fonagy *et al.*, 2002; Hill, 2015; Jurist, 2018), aprendo nuovi ambiti di significato con il paziente e dando a sé stesso l'occasione di cogliere nuovi aspetti di sé in quella relazione.

Affinché questa regolazione, tutt'altro che semplice, possa avvenire, è necessaria una reale presenza dell'analista: una capacità di sintonizzarsi profondamente con ciò che accade nella relazione, monitorando e modulando l'intensità affettiva in campo. In questo modo, il paziente può riappropriarsi di quelle parti emotive che ha dovuto isolare per evitare la disgregazione, riuscendo così a rimanere presente nella relazione terapeutica, senza dover rinunciare alla propria partecipazione autentica. Entrambi i casi presentati, in modalità differente, renderanno esplicito quanto appena detto.

L'essere umano risulta biologicamente predisposto alla sintonizzazione con l'altro, in un processo di regolazione reciproca, sia per sviluppare le proprie risorse, sia per ampliare e riconfermare il proprio modo di esistere (Ammaniti & Gallese, 2014; Castiello *et al.*, 2010; Gallese & Morelli, 2024). In ambito terapeutico, questa capacità e questo bisogno di sintonizzazione emotiva diventano uno strumento fondamentale, che ripristina la stabilità emotiva del paziente e promuove l'emergere di una nuova organizzazione affettiva più flessibile e articolata, avvalendosi in prima battuta non tanto della comprensione razionale o spiegativa, ma di un 'sentire' condiviso, che apre la strada a una comprensione intima, dalla portata trasformativa. Solo nell'esperienza vissuta, nel confronto con l'altro, si crea lo spazio per esplorare nuovi modi di essere, per accedere a prospettive inedite su di sé e sulle proprie emozioni.

## Le mani in pasta del terapeuta

Non è così strano che davanti ad un paziente che si dissocia l'analista si trovi in considerevole difficoltà nel cogliere o nell'accogliere la sua profonda sofferenza. Questo può avvenire per ragioni di varia natura, spesso descritte come incomprendimento, angoscia, mente vuota. In sostanza, gestire la manovra dissociativa e l'angoscia concomitante, porta allo stesso modo nel terapeuta vissuti distaccati, se non dissociati, dalla situazione in atto che, ci teniamo a sottolineare, si caratterizza per essere relazionale. E infatti opportuno sottolineare che l'espressione della difficoltà in seduta coinvolga il paziente, tanto quanto il terapeuta, così come è comunque dovere del terapeuta e assolutamente necessario davanti alla dissociazione mostrata del paziente, anche in un momento successivo, porsi il quesito di cosa fare di questa esperienza e di come farlo.

Questa considerazione evidenzia come, in ambito clinico, la relazione intersoggettiva – intesa come strumento condiviso di significazione simbolica e affettiva – rappresenti un processo dinamico in cui due soggetti, attraverso una co-osservazione del proprio e altrui sentire, promuovono la scoperta di nuovi significati e pongono le basi per una ridefinizione della relazione e della regolazione emotiva.

Un breve passaggio clinico ci aiuterà a tradurre in termini pratici, quanto fin d'ora affermato.

Luigi,<sup>1</sup> un giovane paziente, chiede un colloquio, dove porta come domanda l'essere aiutato per una serie di difficoltà che nota quando si trova in relazione con gli altri. Questa condizione, assai dolorosa e frammentata nel racconto di Luigi, viene invece contrapposta a quanto gli accade un pomeriggio, quando, dopo aver fatto l'amore con una ragazza (attualmente la sua ragazza) nota che per la prima volta è *presente*, presente e connesso, non a disagio. Normalmente, infatti, tutto ciò che implica un forte impatto intimo o emotivo produce in lui uno stato di profondo distacco e lascia una sensazione di disagio; un legame (intimità-emozioni-distacco) che grazie alla psicoterapia può col tempo riconoscere e definire come protettivo per sé, ma che ha il prezzo però di una fortissima sofferenza e del non poter mai vivere fino in fondo le relazioni. La coppia analitica, infatti, cerca di dare un senso a questo vissuto: il distacco consente una condizione che, seppur nel suo caso non psicotica e garanzia di essere separato e protetto, non permette di percepirsi come *reali e toccabili*. A questo proposito Luigi si descrive come se fosse in una situazione di *reale irrealtà*, in cui, come dietro un vetro che fa passare suoni attutiti, ascolta parole ma non riesce a dire, si perde nei suoi pensieri o nell'assenza di essi e in cui, in modo fortemente artificioso, cerca di analizzare tutto ciò che coglie allo scopo di ristabilire collegamenti con la realtà partecipata dagli altri.

Poiché a partire dalle sue origini, fino ad oggi, l'analisi della sindrome dissociativa ha avuto varie definizioni, comprendente anche tipi e sottotipi (ad esempio, depersonalizzazione, derealizzazione, scissione, dipsichismo, ecc.), (Bleuler, 1911; Foschi, 2003), nel caso di Luigi preferiamo parlare di distacco (Albasi *et al.*, 2022; Liotti & Farina, 2011).

Una strategia di distacco adottata per non perdersi, quindi salvifica, ma al tempo stesso una strategia 'costosa', il cui prezzo pagato sta nel dovere necessariamente rinunciare a un pezzo di sé relativo alla propria autentica relazionalità, nonché all'esperienza di un Altro autenticamente interessato e, appunto, in relazione.

Se seguiamo questa ipotesi, che prevede tra gli scopi della dissociazione in generale quello di escludere le emozioni dalla consapevolezza, capiamo come possa diventare difficile per il clinico, normalmente intento ad essere sintonizzato e coinvolto, poter comprendere cosa stia succedendo sia nel paziente e sia nel campo analitico. Così come per la terapeuta di Luigi.

Durante una seduta però qualcosa cambia. Luigi parla del gruppo di amici che si è incontrato nel weekend e, nel corso del discorso, il suo volto si incupisce gradualmente, si distacca dalla realtà circostante, fino a restare in silen-

<sup>1</sup> I nomi dei pazienti che figurano nel testo sono nomi puramente di fantasia attribuiti dagli autori del presente lavoro.

zio, mentre sottili rivoli di pianto gli solcano il viso: un pianto muto, privo di sguardo e di parole. La terapeuta pensa che vorrebbe alzarsi ed abbracciare Luigi e si sente estremamente vicina a lui, mentre si rende consapevole di questo vissuto, passa un tempo non ben quantificabile. Ci sono state altre occasioni simili in cui la terapeuta ha chiuso la seduta essendo giunto il termine, mentre Luigi, completamente scollegato dal tempo e dall'idea del tempo che passava, restava sul divano assorbito e rapito da questa condizione. Continuando a pensare a questo desiderio di abbracciarlo, la terapeuta decide di chiedere: "Luigi, potrei fare qualcosa per aiutarti ora?". Dopo un po' di silenzio Luigi parla e dice: "Forse avrei voluto essere abbracciato, ma allo stesso tempo non lo vorrei" e questa frase segna il rientrare in contatto di Luigi con lo spazio e il tempo reale della seduta.

Cerchiamo quindi di leggere ciò che è successo tra Luigi e la terapeuta, in cui non si può non rimanere colpiti tra la coincidenza dell'esperienza del terapeuta (vorrei abbracciarlo) e ciò che poi il paziente verbalizza: "Forse mi sarebbe piaciuto essere abbracciato". Tuttavia, la seconda parte della frase di Luigi apre uno spazio ulteriore "(...) ma allo stesso tempo non lo vorrei". Che cosa non vuole Luigi: il contatto? Le emozioni che questo potrebbe suscitare? La dipendenza? L'essere accudito e la paura di non poterlo tollerare o di perdersi dentro? La verbalizzazione della terapeuta che tiene ben presente il vissuto che prova, ma che chiede a Luigi di prendere posizione in questo spazio condiviso ("Potrei fare qualcosa per aiutarti ora?") crea uno spazio potenziale tra i due membri della coppia, uno spazio di agentività e co-costruzione, dove Luigi porta per la prima volta un elemento ulteriore, emotivo, con il quale entrambi possono ritornare/rimanere in contatto, pur nella difficoltà. Un ponte tra la possibilità di fermarsi in due possibili stati del sé, contrastanti e paurosi, da cui si desidera fuggire o da scotomizzare, ma assolutamente co-presenti, è spesso uno dei 'prezzi' della dissociazione (Bromberg, 2011). In questo caso, invece, entrambi sperimentano nel qui e ora un contrasto tra tendenze opposte, ma che si possono riconoscere, tollerare e utilizzare. A partire da ciò, infatti, l'analista promuove un'esperienza di condivisione e co-costruzione, che potremmo definire un '*acting-in*' analitico, che non è un '*acting-out*', ma un'azione con le parole (azione linguistica).

In alternativa l'analista avrebbe potuto fornire un'interpretazione, unendo ciò di cui si era parlato – gli amici che stanno insieme, con il dolore di non potervi accedere che ora porta al pianto – a quanto stava avvenendo in seduta. Ma in questo modo, utilizzando cioè un canale cognitivo ed esplicativo, ammesso che fosse corretta l'associazione proposta, non sarebbe stato possibile stare vicino a Luigi tenendo presenti i vissuti di entrambi e dando vita alla prospettiva trasformativa.

Invece, il dialogo terapeutico che ha tenuto presenti questi elementi e di conseguenza l'intervento dell'analista, hanno fornito gli strumenti per la regolazione dell'emozione (*affect regulation*), stabilizzando il paziente e aiutando

dolo a uscire dall'isolamento dissociativo, ritornando in contatto con lo spazio e il tempo reale della seduta.

Detto con altre parole, ciò che è avvenuto all'interno del dialogo analitico può essere inteso come un esplicito movimento della complessità interattiva (Morelli & Corbelli, 2024): è questa operazione che permette di trasformare l'esperienza della non simbolizzazione tipica della dissociazione, in pensabilità.

Durante il dialogo clinico, non solo un'interpretazione, ma anche interventi più minimalisti, come una domanda, una semplice sollecitazione dell'analista, uno stimolo, possono dar luogo nel paziente ad uno stato emotivo intenso di difficile gestione (De Robertis, 2019), che sfugge alla padronanza ed elicitata, soprattutto in soggetti a bassa resilienza emozionale, una *disregolazione* dei flussi emotivi (Cassidy, 1994).<sup>2</sup>

È prevedibile, quindi, che rispetto alle personali soglie di tolleranza agli stimoli (Tronick & Gold, 2020), l'esito sia uno scompaginamento. A questo punto il paziente può emettere segnali di stress di varia natura e intensità: una manifestazione può essere considerata il dissociarsi dall'esperienza presente e dal vissuto in atto, come forma di 'disimpegno'. Il disimpegno comunica la reazione avversa del paziente ad essere stimolato, reazione che può innescare, come risposta di autodifesa, una dissociazione. In tal senso anche l'azione dissociativa, al pari di altri fenomeni di disimpegno meno severi (lasciare la seduta o esprimere l'intenzione di andarsene, scostare all'indietro la poltrona su cui è seduto, volgere il capo da un'altra parte, fissare insistentemente un oggetto o una parte della stanza o il vuoto, ecc.) può essere considerata un comportamento che, appannaggio di una segnaletica della comunicazione, ci fa comprendere in quale misura il paziente sia un soggetto attivo in ordine ai segnali che invia all'analista; ma anche altrettanto attivo nell'essere animato da una 'precisa' intenzionalità comunicativa, ovviamente rintracciabile a livello non consapevole ed implicito (De Robertis, 2019).

Tuttavia, anche nel *mode* dissociativo, qualora il paziente mantenga la comunicazione verbale, possono persistere tracce di quello scompaginamento iniziale, che la risposta dissociativa ha solo parzialmente aggirato: queste ultime si possono rintracciare nell'improvvisa, e apparentemente quasi 'ingiustificata', comparsa di una narrazione incoerente, caotica, ma soprattutto costruita in modo artificioso, tanto da apparire simil-delirante, ma che risulta agli occhi dell'analista un elemento prezioso da tenere in considerazione. Infatti, l'alterazione del racconto esprime, attraverso il canale linguistico, una

<sup>2</sup> Le emozioni, che rappresentano attribuzioni di significato alle esperienze (Lazarus, 1991) e indicizzano i vissuti, sono fattori prioritari nello sviluppo del soggetto, sia ai fini della costruzione dell'identità che dell'organizzazione del Sé; per questo le emozioni sono definite meccanismi *built-in* a sottolinearne l'utilità per la sopravvivenza e l'adattamento (Lazarus, 1991; Scherer, 1984; Siegel, 1999, cap. IV).

quota persistente di frammentazione a carico di un Sé, che si presenta in quel preciso momento, non coeso e sofferente. A questo punto, in pieno *hic et nunc* della seduta il testo ‘sconclusionato’ e derealistico del paziente diventa però per l’analista un segno e una traccia saliente che attesta lo sconvolgimento emotivo in atto nel paziente e quindi la necessità di procedere ad un intervento finalizzato all’eteroregolazione dell’affetto e al ristabilimento della coesione interna (Hill, 2015).

Pertanto, conoscere, riconoscere e mettere a tema il contesto emotivo nel *qui ed ora* della seduta a monte del fenomeno dissociativo elicitato, permette allo psicoterapeuta d’includere tra gli obiettivi dell’agire clinico anche i dispositivi utili al conseguimento di una maggiore ‘competenza emozionale’ del paziente riguardo al *range* di resilienza e alla capacità di recupero della regolazione dopo l’esposizione a disregolazione indotta (*Ibid.*, p. 17).

### Una finestra ulteriore: il caso di Elena

Un riferimento a ciò che è accaduto all’interno di una seduta con Elena può ulteriormente esemplificare questi riferimenti teorici.

Elena è una giovane paziente affetta da svariati sintomi: autolesionismo, *binge eating*, stati depressivi e ansia generalizzata. Durante una seduta, Elena si lamenta e si denigra, non certo per la prima volta, dei limiti che incontra nel preparare e sostenere gli esami universitari (una situazione che rientra nel suo quadro depressivo) a causa di difficoltà di concentrazione, scarsa motivazione, ansia rispetto al rispondere alle domande, ecc. Stavolta però, contrariamente al solito, sembra che la ragazza apra ad una riflessione sul tema ‘esami’, dicendo “Eh mi piacerebbe, ma non voglio!”

Sull’onda di questo inciso, la terapeuta chiede: “Che le piacerebbe è comprensibile, ma il ‘non voglio’ a cosa potrebbe riferirsi?”. A questo punto Elena indietreggia con il capo, distoglie lo sguardo dalla terapeuta e si mette a parlare con gli occhi alzati al cielo, (quasi ‘estatica’), dicendo che lei, prossima alla laurea (in realtà, è parecchio indietro con il piano di studi, motivo saliente di liti e tafferugli anche pesanti in famiglia), alterna la stesura della tesi con la preparazione per l’ammissione come membro del Segretariato Generale del Consiglio dell’UE per la programmazione e la preparazione dei vertici internazionali. Cita anche una funzionaria di Bruxelles che le ha chiesto espressamente di prepararsi per il concorso, garantendole il suo appoggio, vista la sua preparazione e competenza. Il testo della paziente era difficile da comprendere perché tessuto su una narrativa piuttosto ‘farneticante’, dove comparivano in modo confuso e affastellato personaggi e termini quali ‘trattato di Lisbona’, ‘maggioranza qualificata’, ‘intergovernabilità’, ecc...

Ad un certo punto, la terapeuta approfitta di una pausa per intervenire allo scopo di aiutare la paziente a *rientrare nella realtà* e ad abbassare l’*arousal*

al fine di regolare ciò che pareva uno scompenso emotivo di fronte ad una domanda che, alla paziente, era sembrata 'giustamente' troppo impegnativa da elaborare o un terreno troppo esoso su cui pronunciarsi.<sup>3</sup> Un contesto destabilizzante da cui prontamente Elena si dissocia, entrando in un eloquio derealistico. A quel punto la terapeuta dice: "Forse possiamo avvicinarci insieme e dividerle per ora alcune difficoltà che le si presentano, perché tutti le abbiamo..."

Elena guarda interrogativa e tace.

E la terapeuta prosegue: "Se le affrontasse, cosa pensa potrebbe accadere?"

"Beh, se ne parlasse, dovrei affrontare un mix di sensazioni, di emozioni: la tristezza, la vergogna, la delusione, sì, un groviglio di queste cose".

La terapeuta sceglie, quindi, di fare un intervento a sostegno della relazione: "Pensavo che dato che lei qui non parla da sola, ma parla a me e con me, possiamo condividere le cose che lei mi racconta. Certo, potrebbero essere impegnative o gravose, ma non è detto che insieme poco alla volta non si possano affrontare, non è detto che non se ne possa parlare, altrimenti l'alternativa è dover per forza rinunciare".

Durante questo breve dialogo conclusivo della seduta, Elena era molto presente con lo sguardo, la postura e talvolta anche con il sorriso, un sorriso 'intenzionato'.

In conclusione, non solo i presupposti teorici, ma anche e soprattutto gli esempi clinici menzionati, sottolineano come la manifestazione dissociativa possa considerarsi un fenomeno complesso, che ha l'opportunità di manifestarsi in modo specifico nei contesti relazionali, rivelandosi, al di là dell'apporto di inevitabili perturbazioni, uno strumento prezioso di verifica e di stabilizzazione dell'intervento terapeutico.

<sup>3</sup> È legittimo pensare che talvolta possa essere anche l'analista la fonte degli stimoli emotivogeni inviati al paziente, stimoli che agiscono da microtraumi che perturbano il lavoro analitico e la relazione – qualora cadano oltre i margini della propria soggettiva gestibilità – e che situano l'esperienza nei ranghi di un 'caos maligno', testimonianza di una percezione di non padroneggiamento di ciò che, in un dato momento, alla percezione implicita del paziente risulta un contesto ingestibile. Sono questi a nostro parere i versanti che riguardano la 'traumaticità' psicoanalitica o la 'vulnologia' della cura, da cui nessun analista, anche il più 'sufficientemente buono', può considerarsi esente o esentato: intendiamo un'evenienza che può verificarsi in qualsiasi momento del processo quando gli interventi analitici, nel senso più ampio del comunicare, in quel frangente nel paziente "creano delle condizioni a cui l'organismo non può adattarsi" (De Robertis, 2019, p. 245; Kardiner, 1947, p. 172).

## BIBLIOGRAFIA

- Albasi, C. (2006). *Attaccamenti traumatici*. Torino: UTET.
- Albasi, C., Boschioli, A. & Paradiso, D. (2022). Una prospettiva psicoanalitica relazionale sul trauma, sulla dissociazione, e sul loro rapporto con la psicopatologia e l'organizzazione borderline. *Ricerca Psicoanalitica*, 33(s1), 31-43.
- Ammaniti, M. & Gallese, V. (2014). *La nascita dell'intersoggettività*. Milano: Raffaello Cortina.
- Binet, A. (1892). *Le alterazioni della personalità*. Trad. it.: Roma: Fioriti, 2011.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie*. Trad. it.: Roma: Carocci.
- Bromberg, P.M. (2011). *L'ombra dello tsunami*. Trad. it.: Milano: Raffaello Cortina, 2012.
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. In Fox N. (a cura di). The development of emotion regulation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 228-249.
- Castiello, U., Becchio, C., Zoia, S., Nelini, C., Sartori, L., Blason, L., D'Ottavio, G., Bulgheroni, M. & Gallese, V. (2010). Wired to be social: the ontogeny of human interaction. *PLoS One*, 5(10), e13199.
- Craparo, G., Ortu, F. & Van der Hart, O. (a cura di) (2020). *Riscoprire Pierre Janet. Trauma, dissociazione e nuovi contesti per la psicoanalisi*. Milano: Raffaello Cortina.
- De Robertis, D. (2019). Il paziente ha paura dell'analista. Una discussione dal punto di vista della psicoanalisi relazionale. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 53(2), 241-260.
- Falci, A., & Giustino, G. (2023). La presenza della difesa dissociativa. *Rivista di Psicoanalisi*, 69(3), 763-777.
- Farina, B., & Liotti, G. (2011). Dimensione dissociativa e trauma dello sviluppo. *Cognitivism clinico*, 8(1), 3-17.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2002). *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*. Trad. it.: Milano: Raffaello Cortina, 2005.
- Foschi, R. (2003). La "prima" psicologia di Alfred Binet: la "doppia" coscienza e la personalità. *Teorie & Modelli*, 8(2), 31-48.
- Gallese, V. & Morelli, U. (2024). *Cosa significa essere umani: corpo, cervello e relazione per vivere nel presente*. Milano: Raffaello Cortina.
- Hill, D. (2015). *Teoria della regolazione affettiva*. Trad. it.: Milano: Raffaello Cortina, 2017.
- Janet, P. (1889). *L'automatismo psicologico*. Trad. it.: Milano: Raffaello Cortina, 2013.
- Jurist, E. L. (2018). *Tenere a mente le emozioni*. Trad. it.: Milano: Raffaello Cortina.
- Kardiner, A. (1947). *War Stress and Neurotic Illness*. New York and London: Paul B. Hoeber.
- Liotti, G., & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lazarus, R. C. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Morelli, D., & Corbelli, L. (2024). La creatività in psicoterapia come dialogo co-riflessivo tra soggetti agenti: una proposta clinico-teorica. *Ricerca Psicoanalitica*, 35(2), 333-346.
- Scherer, K. R. (1984). *Approaches to emotion*. LEA, Hillsdale, NJ.
- Siegel, D. J. (1999). *La mente relazionale*. Trad. it.: Milano: Raffaello Cortina, 2001.

## BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

- Bromberg, P. M. (1998). *Clinica del trauma e della dissociazione. Standing in the space*. Trad. it.: Milano: Raffaello Cortina, 2007.
- Crocetti, G., & Pallaoro, G. (2018). *La psicoterapia psicoanalitica per l'infanzia e l'adolescenza nei contesti socioculturali attuali*. Roma: Armando.
- Fontana, M. (2012). La diagnosi in psicoanalisi relazionale: una prospettiva unitaria. *Ricerca Psicoanalitica*, 23(2), 73-99.

- Jacobs, T. J. (1986). On Countertransference Enactments. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34(2), 289-307.
- McLaughlin, J. T. & Johan, M. (1992). Enactments in Psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalysis Association*, 40(3), 827-841.
- Ponsi, M. (2012). Libere associazioni, pensiero associativo. *Rivista di Psicoanalisi*, 58(2), 291-311.
- Steiner, J. (2008). Enactment interpretativi e setting analitico. *L'annata psicoanalitica internazionale*, 4, 225-231.
- Steinberg, M., & Schnall, M. (2001). *La dissociazione. i cinque sintomi fondamentali*. Trad. it.: Milano: Raffaello Cortina, 2006.
- Stern, D. B. (2003). *L'esperienza non formulata*. Trad. it.: Tirrenia (Pisa): Ed. Del Cerro, 2007.
- Tronick, E., & Gold, C. M. (2020). *Il potere della discordia*. Trad. it.: Milano: Raffaello Cortina, 2021.

---

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ulteriori informazioni: questo articolo rappresenta una forma rivisitata del contributo portato dagli autori all'IFPS Forum il 26 ottobre 2024 a Bergamo, Italia. Le informazioni potenzialmente personali presentate in questo articolo, che si riferiscono direttamente o indirettamente a una o più persone citate come casi clinici, sono state modificate per mascherare e salvaguardare la riservatezza, la privacy e i diritti di protezione dei dati degli interessati, in conformità con la politica di anonimizzazione della rivista.

Ricevuto: 2 giugno 2025.

Accettato: 13 giugno 2025.

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

©Copyright: the Author(s), 2025

Licensee PAGEPress, Italy

*Ricerca Psicoanalitica* 2025; XXXVI(s1):1046

doi:10.4081/rp.2025.1046

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