

Massimo Fontana<sup>1</sup>

**Tra meccanismo di difesa e conseguenza del trauma:  
una prospettiva relazionale sulla dissociazione<sup>2</sup>**

**SOMMARIO**

Quale rapporto esiste fra trauma e patologia dissociativa? Un'interpretazione superficiale dei dati epidemiologici e dei risultati delle ricerche empiriche sulle esperienze sfavorevoli infantili e sul loro impatto sullo sviluppo della patologia adulta può suggerire una relazione diretta di tipo causa-effetto. Dopo aver riassunto le posizioni teoriche riconducibili a Freud e Janet, l'autore propone di superare la dicotomia "conflitto-deficit" implicitamente presente in esse, considerando la dissociazione come una delle possibili modalità di funzionamento della mente; cioè, un processo attivo messo in atto dall'individuo in determinate condizioni, con determinate risorse e determinati vincoli che si generano nella relazione con l'Altro.

**Parole chiave:** dissociazione, trauma, psicoanalisi relazionale.

**SUMMARY**

**The dissociation between defence mechanism and consequence of trauma:  
a relational perspective**

What is the relationship between trauma and dissociative pathology? A shallow interpretation of empirical research can suggest a type of direct cause-effect relationship. After summarized theoretical positions going back to Freud and Janet, the author proposes to overcome the "conflict-deficit" dichotomy implicitly present in them by considering the dissociation as one possible mode of operation of the mind; that is, an active process set up by the individual in specific conditions, with certain resources and certain constraints that are generated in relation to the Other.

**Keywords:** dissociation, trauma, relational psychoanalysis.

-----

Per inquadrare l'argomento di questo mio intervento vorrei partire dalla frase di apertura della prefazione all'edizione inglese del libro *L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia. L'epidemia nascosta*. Un voluminoso testo del 2010, curato da Lanius, Vermetten e Pain e che raccoglie ben 33 contributi sull'argomento (27 capitoli e 6 sintesi delle rispettive parti in cui è diviso), esplorandolo dai diversi possibili punti di vista. Vi hanno contribuito molti autori; fra i più noti, van der Hart, Lyons-Ruth, van der Kolk, Tronick, Schore, Fonagy. La prefazione all'edizione italiana è stata scritta da Liotti e Farina. Un testo molto utile, che mette a disposizione i risultati delle ricerche condotte da epidemiologi e neurobiologi, oltre a tutte le considerazioni di carattere storico-sociale ed alle possibili implicazioni cliniche.

---

<sup>1</sup> Massimo Fontana è medico, psicoanalista SIPRe e membro IFPS, Direttore della scuola di specializzazione in psicoterapia della SIPRe di Roma. E-mail: [m.fontana.09@alice.it](mailto:m.fontana.09@alice.it)

<sup>2</sup> Relazione presentata al seminario dal titolo *La dissociazione tra origini antiche e attuali scenari: prospettive teoriche e cliniche in evoluzione*, tenutosi a Roma il 21 e 22 maggio 2016.

L'attacco della prefazione recita in questo modo:

“Se vi dessero un neonato, con tutte le sue straordinarie capacità potenziali e vi fosse imposto, in 15 anni di tempo, di trasformarlo in un omicida di massa, di quelli che sparano nelle scuole, o in un eroinomane in 20 anni di tempo, come fareste?” (Felitti, 2010)

L'autore prosegue affermando che, nonostante la sgradevolezza della domanda, a qualche livello sapremmo tutti come rispondere. Ma la domanda è ovviamente posta in termini provocatori e per attirare l'attenzione del lettore su un pensiero sempre più condiviso. La tesi del libro è infatti chiara fin dall'inizio: *fra trauma infantile e patologia vi è una relazione diretta*, sebbene sia misconosciuta l'entità del fenomeno e non siano molto diffusi i dati che la ricerca epidemiologica sta fornendo negli ultimi anni. Un'“epidemia nascosta”, appunto, di cui si sottovalutano i contorni.

Esiste effettivamente una mole consistente di dati che sostengono una forte correlazione tra *esperienze sfavorevoli infantili* e patologia di vario tipo. La cosa non stupisce: è assolutamente intuitivo ed è una considerazione di buon senso sostenere che la qualità delle relazioni parentali abbia molto a che fare con lo sviluppo degli individui, soprattutto pensando a certi periodi sensibili, come quelli più precoci.

D'altro canto, il buon senso ci fa anche affermare che non avremmo la più pallida idea di come “formare” un omicida di massa rispetto ad un tossicodipendente, o viceversa: quali che siano le esperienze sfavorevoli, non possiamo prevedere se da adulto il soggetto sarà un depresso, un borderline o uno psicopatico; o, ancora, uno schizofrenico, un obeso, una persona soggetta a malattia autoimmune o esente da patologie di alcun tipo.

Si sanno alcune cose in termini di tendenze statistiche. Ad esempio, che l'abuso fisico nei maschi sembra maggiormente correlato alla psicopatia, mentre l'abuso sessuale nelle femmine con i fenomeni dissociativi e il Disturbo Borderline di Personalità (Stone, 1993). Ma si sa anche che la trascuratezza emotiva (appiattimento affettivo, interruzioni della comunicazione materna – si pensi alle ricerche di Tronick con il paradigma sperimentale dello *still-face*) e, in misura minore, l'attaccamento disorganizzato sono dei predittori migliori dell'abuso fisico o sessuale per la dissociazione nel giovane adulto (Dutra *et al.*, 2009).

Così come sempre più cose si sanno sull'impatto delle *esperienze sfavorevoli infantili* sullo sviluppo neurobiologico del bambino, in particolare per quanto riguarda l'integrazione fra la corteccia prefrontale e diversi centri del sistema limbico. D'altro canto, è dimostrato che lo sviluppo di alcune di queste vie neuronali fondamentali per la regolazione delle emozioni (per esempio, quelle tra corteccia orbito-frontale e amigdala) non è completo fino ai 23-24 anni e, comunque, la riorganizzazione e il rimodellamento di molte vie e funzioni prosegue per l'intero corso della vita.

Ma anche il corredo genetico influisce sullo sviluppo dei sistemi neuroregolatori (Bureau, Martin, Lyons-Ruth, 2010). È documentato che il polimorfismo genico (le possibili difformità del genotipo tra un individuo e l'altro) per la codifica di un recettore per la dopamina (il D4) fa la differenza nella capacità di fare “buon uso” degli effetti regolatori del comportamento materno (Lyons-Ruth *et al.*, 2009): coloro che hanno un certo tipo di allele per la codifica di questo recettore hanno maggiore probabilità di sviluppare attaccamento disorganizzato indipendentemente dalla qualità delle cure; significa che le “buone” cure materne hanno molto meno potere nel prevenire l'attaccamento disorganizzato negli individui con questo allele. L'ipotesi è che questi bambini abbiano una sistema della dopamina meno efficiente e la cosa sembra avere senso, considerato che questo è il sistema che media per la risposta alla ricompensa. Caratteristica genetica che li candida all'attaccamento disorganizzato. Al contrario, i soggetti con allele corto per il trasportatore della serotonina – meno efficiente dell'allele lungo – vanno facilmente soggetti ad iper-arousal sotto stress, ma sono sensibili al caregiving: un'elevata responsività materna li protegge dall'attaccamento disorganizzato (protezione di cui non hanno bisogno i bambini monozigoti per l'allele

lungo) (Barry *et al.*, 2008).

Come si vede, la situazione è molto più complicata di quello che si può immaginare quando si sente dire che esiste una relazione “diretta” fra trauma precoce e patologia. Questo modo di esprimersi può indurre a pensare che la relazione sia di tipo “causa-effetto”; che un tipo di sviluppo sia l’effetto inevitabile di un tipo di cure e che il bambino possa essere come una tavola di cera su cui incidere il suo destino. Ed è probabile che questo modo di ragionare tenda a diffondersi molto facilmente fra i clinici, nonostante non sia questo ciò che i ricercatori affermano e, comunque, quello che i dati possono dire.

Parlo di questo perché la dissociazione viene particolarmente associata all’abuso, soprattutto di tipo sessuale (ma non solo); e, in questo contributo, vorrei riprendere alcune questioni già emerse in questo seminario ed alcune domande poste (ad esempio, dalla Dott.ssa Silvestri) per riflettere ancora su come questo tipo di funzionamento mentale può essere inquadrato correttamente dal punto di vista teorico, tenuto conto dell’importanza che possono avere i fattori ambientali, costituzionali e di sviluppo individuale.

Occorre premettere, ma è una prospettiva ormai ampiamente nota e condivisa, che quando in questo ambito si parla di trauma non ci si riferisce tanto all’evento singolo, ma al trauma cumulativo; all’abuso fisico o sessuale ripetuto o al maltrattamento emotivo, collegato allo stile genitoriale, nonché al *neglet*, alla trascuratezza grave, fisica ed emotiva, che sembra riguardare oltre la metà dei casi di esperienze infantili stressanti collegate allo sviluppo della patologia. Inoltre, per “patologia” non si intende solo quella psichica, ma anche la somatica, le malattie organiche, per l’impatto sui sistemi neuroregolatori coinvolti nello sviluppo delle malattie mediche.

I dati epidemiologici e di ricerca neurobiologica che negli ultimi 20 anni sempre più si stanno accumulando ci forniscono una serie di informazioni preziose, che aiuta a restare aderenti alla realtà e a non fare affermazioni avventate, basate su posizioni di principio o, peggio ancora, ideologiche.

Ad esempio, lo studio ACE (*Adverse Childhood Experiences* – uno studio retrospettivo e prospettico condotto su 17.000 soggetti adulti della classe media, residenti a San Diego, partito negli anni ‘80 e tuttora in corso) ha mostrato che il numero di categorie di ACE (esperienze sfavorevoli infantili) vissute nei primi 18 anni di vita è fortemente correlato con la patologia adulta (Felitti *et al.*, 1998; Felitti, Anda, 2010).

La terminologia usata, con il concetto di “esperienza sfavorevole infantile” invece che di “trauma”, esprime bene l’idea che sia il maltrattamento continuativo e cumulativo, insieme al *neglet*, quello di gran lunga più rilevante.

Lo studio di Felitti *et al.* è tutt’ora in corso presso il Dipartimento di Medicina Preventiva di San Diego, con la collaborazione dei Centri statunitensi per il Controllo e Prevenzione delle malattie. È stato avviato su oltre 17.000 soggetti adulti di età media 57 anni ed appartenenti alla classe media. L’abituale paziente da studio medico; quello che non può essere liquidato come atipico o “*not in my practice*”, come dice Felitti. Il disegno della ricerca era semplice: Felitti e colleghi hanno selezionato empiricamente, in base alla loro prevalenza, dieci categorie di “esperienze sfavorevoli infantili”; ad esempio, abuso emozionale (minacce ricorrenti, umiliazione), fisico (percosse), sessuale; ma anche la madre trattata in modo violento, un membro della famiglia dipendente da sostanze, o incarcerato, o depresso cronico, suicida, ecc. E, ovviamente, anche la trascuratezza fisica ed emozionale (il *neglet*). Individuate le categorie, hanno chiesto ai pazienti di contare quante di esse si erano presentate nella loro vita dagli 0 ai 18 anni. Non il numero di eventi per categoria, ma il numero di categorie (ad es., avere avuto il padre alcolista ed un fratello tossicodipendente viene conteggiato come 1 punto). Un terzo della popolazione ha ottenuto un punteggio ACE di 0. La presenza di una categoria, rende altissima la probabilità di averne almeno un’altra addizionale (87%). Una persona su sei ha ottenuto un punteggio di 4 o più ed una su nove un punteggio di 5 o più. Lavorando in un dipartimento di medicina preventiva, il gruppo di ricerca ha avuto a disposizione la storia

medica completa di questa popolazione adulta, il cui 80% si sottopone a check-up in media ogni 4 anni. Questo ha permesso loro di combinare retrospettivamente lo stato di salute attuale con il punteggio ACE, cioè con quanti tipi di esperienze sfavorevoli questi individui avevano avuto a che fare anche 50 anni prima; e di seguire prospetticamente la storia clinica di queste persone negli anni seguenti, registrando visite mediche, nuove patologie, ricoveri, spese mediche, decessi, ecc. Ebbene, interessanti sono i dati emersi, anche se non sempre sorprendono.

Per quanto riguarda i disturbi psichiatrici, si registra un incremento del tasso di depressione cronica e, soprattutto, di tentativi di suicidio con il crescere del punteggio ACE, nonché quello di prevalenza di periodi con allucinazioni. Inoltre, attinente al tema di questo seminario, una correlazione del punteggio con i disturbi della memoria (in particolare, la difficoltà a ricordare la propria infanzia) e con i disturbi somatoformi e di somatizzazione: vi è un rapporto fra abuso sessuale e sintomi medici non spiegati da meccanismi patofisiologici noti (la patologia isterica di tipo somatico da molti associata a meccanismi di dissociazione somatica).

Per quanto riguarda lo sviluppo di comportamenti a rischio per la salute, il punteggio ACE risulta collegato soprattutto alle dipendenze (fumo, alcool e droghe), all'obesità ed ai comportamenti sessuali a rischio.

Per le malattie somatiche, quelle che emergono con maggiore frequenza sono le epatiche, la BPCO (broncopneumopatia cronica ostruttiva), la patologia coronarica e, ovviamente, le autoimmuni.

Altri due importanti studi prospettici sugli effetti al lungo termine del trauma precoce sono *Vite nel tempo*, di Massie e Szajnberg, e lo "studio Minnesota", di Sroufe e colleghi, denominato *Lo sviluppo della persona* (Szajnberg, Goldenberg, Harari, 2010).

*Vite nel tempo* parte da una ricerca di Brody e colleghi iniziata a metà anni '60. Sono stati studiati 132 neonati fisicamente sani durante il primo anno di vita, per valutare la qualità della cura materna e poi seguirne lo sviluppo durante i primi 6 anni ed effettuare un incontro di verifica a 18 anni. Massie e Szajnberg hanno poi valutato 76 di questi soggetti all'età di 30 anni, con una lunga intervista semistrutturata che includeva elementi della SCL-90 (Symptom Checklist-90), dell'AAI ed un'anamnesi dettagliata del periodo 18-30 anni. Si è scoperto in questa occasione che 5 di questi soggetti avevano subito abusi fisici ed altri 5 trascuratezza emozionale o abuso verbale. Tutti e 10 questi soggetti avevano diagnosi psichiatriche a 30 anni, a differenza dell'intero campione, nel quale la prevalenza era del 32%. Inoltre, avevano un basso funzionamento alla VGF (Scala per la Valutazione Globale del Funzionamento) del DSM e meccanismi di difesa più primitivi.

Lo studio Minnesota è partito nel 1974 ed è stato condotto nell'ambito del disagio: 180 madri povere, primipare, la metà delle quali adolescenti ed il 60% single. I loro bambini furono seguiti per 20 anni. Tra le madri che riferirono di aver ricevuto cure genitoriali affettuose e supportive, solo una manifestò atteggiamenti maltrattanti verso il bambino. Il gruppo di quelle che invece aveva subito abusi fisici o trascuratezza si divise in tre sottogruppi, maltrattanti, borderline e supportive, dove solo il 30% di esse apparteneva a quest'ultimo. Come prevedibile il 90% dei figli che avevano ricevuto cure inadeguate, a 17 anni soddisfaceva almeno una diagnosi psichiatrica, con una relazione statisticamente significativa tra abuso o trascuratezza e problemi comportamentali emersi già durante l'infanzia. Il temperamento non spiegava le differenze.

Per quanto riguarda l'impatto sullo sviluppo del cervello, è noto che livelli cronicamente elevati di cortisolo provocano perdita di neuroni dell'ippocampo per apoptosi, e questo danneggia la capacità di questa struttura di modulare le risposte allo stress tramite le memorie esplicite. Il dato è particolarmente significativo, tenuto conto che risulta che i livelli di cortisolo si possano regolarizzare solo nei primi mesi di

vita.

I dati sopra riportati sul “trauma” infantile non possono essere ignorati. Ma non possono neanche essere presi allo stesso modo con cui vengono considerati i traumi fisici: non può esistere una lesione fisica senza il corrispondente trauma (ad esempio, una lesione da arma da fuoco senza arma da fuoco, o una frattura ossea senza l’applicazione di una forza che superi la resistenza e la flessibilità dell’osso); ma può esistere dissociazione senza uno specifico trauma, così come nessun trauma psicologico può essere indissolubilmente collegato ad una specifica patologia.

Naturalmente queste sono cose ovvie. Ma è utile tenerle presenti quando si vuole inquadrare teoricamente la dissociazione, come stiamo cercando di fare in questo seminario.

Un’altra cosa da tenere presente è il contesto storico; dobbiamo essere consapevoli dello sviluppo storico del pensiero, delle idee, dei concetti e delle teorie. Attualmente parliamo spesso di dissociazione. Negli ultimi 20 anni anche questo concetto (come quello di trauma, nella ricerca) è salito molto in alto nelle classifiche. È assunto al ruolo di un vero e proprio nuovo paradigma. È tornato ad essere un concetto forte in molte teorizzazioni. Basti pensare ad autori come Bromberg o Donnel Stern (che peraltro lo usano in modo diverso). Secondo me, se ne fa un uso anche eccessivo, laddove sembra essere diventato un concetto *passé pour tout*, buono per spiegare ogni tipo di fenomeno clinico (ma questo è un altro discorso, e non mi riferisco a Bromberg o Stern, che hanno formulato teorie sofisticate ed eleganti, ma all’uso comune che si tende a farne). Questa è la situazione che conosciamo attualmente, ma in precedenza il concetto era scomparso, insieme al suo principale autore di riferimento: Janet.

Mi sto riferendo alla dissociazione come concetto teorico, come processo mentale. Ma anche come fenomeno clinico non brillava per fama e celebrità: secondo quanto riportano Graziani, Gori-Savellini e Mantelli (2002), negli USA si è passati da 14 casi di personalità multipla segnalati fra il 1944 e il 1980 a 5.000 del 1986.

Per non parlare del concetto di trauma. Il libro da cui sono partito cita più volte un importante testo americano di psichiatria degli anni ’70, il quale dichiarava che “l’incesto è estremamente raro e non avviene in più di 1 su 1,1 milioni di persone” (Freedman, Kaplan, 1976, p. 1536; cit. in van der Kolk, D’Andrea, 2010, p. 99). Il punto di svolta c’è stato nel 1980, con il DSM-III e la creazione dell’entità nosografica DPTS (Disturbo Post-Traumatico da Stress), conseguente alla guerra del Vietnam e al problema dei reduci che necessitavano cure. DPTS che ha risvegliato l’attenzione sul trauma e ha permesso la nascita e lo sviluppo del filone di ricerca di cui abbiamo parlato e che ha portato alle più recenti proposte di ulteriori nuove entità cliniche, come il DPTS complesso (Herman, 1992), il DSENAS (Disturbo da Stress Estremo Non Altrimenti Specificato) e il DTS (Disturbo Traumatico dello Sviluppo) (van der Kolk, 2005; van der Kolk, D’Andrea, 2010).

Come già avvenuto negli anni ’70 in psicoanalisi con la contrapposizione fra teorie psicopatologiche “da conflitto” e “da deficit”, sembra che stiamo assistendo ad una forte oscillazione del pendolo. E, se andiamo alla radice del problema, troviamo Janet e Freud. Prima Janet, poi eclissato da Freud, ora eclissato da Janet.

Il vantaggio di questa attuale posizione del pendolo è che stiamo comprendendo meglio Janet, semplicemente perché ci andiamo a leggere quello che aveva scritto lui (grazie alle attuali traduzioni in italiano delle sue opere), invece di accontentarci pigramente di come viene raccontato da altri. Comunque, si tratta di due paradigmi diversi. In genere si sente dire che Freud ha cambiato idea quando ha rifiutato la teoria del trauma per sostituirlo con le fantasie infantili (l’Edipo). Qualcuno, (ad esempio, Masson) lo ha accusato di avere addirittura occultato in mala fede la verità del trauma. Ma non è così; non si è trattato di un cambio di paradigma. Freud ha cambiato idea sulla causa, che da esterna è diventata intrapsichica. Ma il paradigma freudiano dei tempi del trauma era il medesimo di quello dell’Edipo: la difesa come meccanismo attivo per tenere lontana la rappresentazione disturbante.

Questa cosa prima non c'era: imperava il paradigma della patologia come processo passivo, conseguente alla degenerazione congenita del cervello (per Charcot) o all'indebolimento delle funzioni integratrici della coscienza (per Janet).

La grande novità introdotta da Freud, già ai tempi della teoria del trauma, è stata quella di considerare la patologia come frutto di un processo attivo: la rimozione. Poi, al trauma reale, Freud ha sostituito l'Edipo, le fantasie sessuali infantili, per ragioni che di solito vengono attribuite all'importanza che egli dava alla teoria della libido, indispensabile al suo progetto di fare della psicoanalisi una scienza naturale, al pari della fisica e della chimica.

Quindi, a proposito dell'inquadramento teorico del processo dissociativo, tuttora dobbiamo tenere presenti i paradigmi di riferimento che prendono origine da Freud e Janet.

In un'ottica freudiana, la dissociazione può essere vista come una delle possibili strategie difensive che, al pari della rimozione, servono a proteggere l'individuo da eventi, esperienze, significati, memorie disturbanti, siano esse di origine interna o esterna. Vi sono autori che ricorrono ai modelli animali per descrivere questo processo (Graziani *et al.*, 2002; Schmahl, 2010): le alterazioni dello stato di coscienza che intervengono in condizioni di stress estremo (alterazione del senso del tempo, delle percezioni interne ed esterne, gli stati di trance, ecc.) vengono considerate protettive e simili alle risposte di freezing di certi animali (ad es., i conigli o altri roditori), che hanno il duplice vantaggio di aumentare le probabilità di sopravvivenza e di ridurre la percezione del dolore quando si trovano sotto attacco (è fortemente implicato il sistema degli oppioidi endogeni). In tali condizioni di "distacco" dall'esperienza le informazioni vengono codificate in modi che possono renderne difficile il recupero, quando l'individuo ritorna allo stato di coscienza di base. Ciò può favorire la creazione di blocchi di esperienza non integrati nel senso di continuità del tempo e dell'esperienza di sé e che possono dar luogo ai fenomeni da "compartimentazione" che caratterizzano le amnesie e le fughe dissociative, nonché il più clamoroso il Disturbo Dissociativo dell'Identità.

In questo senso, la dissociazione può perfino essere considerata una risorsa. Nancy McWilliams sostiene che le persone che hanno maggiore facilità ad entrare in uno stato alterato di coscienza quando vivono un disagio hanno maggiore sensibilità interpersonale ed una ricca e complessa vita interiore, con propensione al gioco immaginativo.

Nell'ottica di Janet, invece (ma parliamo di una prospettiva molto in voga attualmente), la dissociazione non è neanche un *processo*. Non è un meccanismo né una funzione mentale, ma l'effetto del *venir meno* di un *processo*; l'effetto dell'indebolimento delle funzioni integratrici della coscienza e della *sintesi personale* delle memorie e delle esperienze, che restano quindi disaggregate.

Significa che non vi sono memorie traumatiche che vengono dissociate perché percepite intollerabili, ma memorie che fin dall'inizio non vengono integrate con il resto dell'esperienza. Da questa prospettiva considerare la dissociazione come una difesa sarebbe come considerare la frattura di un osso come la difesa dal trauma che lo ha provocato, come ha scritto una volta Liotti (1999).

Freud e Janet, dunque. La dissociazione come meccanismo di difesa o come conseguenza del trauma (in quanto evento che compromette le capacità integrative della coscienza); come processo attivo o come fenomeno passivo.

Credo che sia utile avere a mente la differenza fra queste due posizioni teoriche. Permette di fare chiarezza sui presupposti da cui partono e di sviluppare un ragionamento più fondato e coerente.

Da una prospettiva interazionista, relazionale e sistemica, che guarda ai fenomeni nella loro complessità e che ritiene semplicistiche le spiegazioni meccanicistiche, di tipo "causa-effetto", o le spiegazioni che

separano i domini tra “interno” ed “esterno”, tra organismo ed ambiente (come se potesse esistere un organismo senza l’ambiente e viceversa), sentire di dover aderire ad una delle due posizioni teoriche può andar stretto.

Certo, a prima vista si potrebbe ritenere che, proprio perché relazionale, una teoria dovrebbe trovarsi d’accordo con una spiegazione che vede la dissociazione come la conseguenza di *relazioni* traumatiche: il comportamento abusante o trascurante del caregiver incide negativamente sullo sviluppo del bambino ostacolando le funzioni integrative della coscienza. Ma questo è un ragionamento relazionale solo in apparenza: implica che uno dei due agenti della relazione, il bambino, debba subire passivamente l’azione dell’altro, come se non fosse un sistema vivente in grado di auto-organizzarsi nel corso del suo sviluppo. Anche aggiustando un po’ la cosa e affermando che è il *tipo di relazione* che si instaura tra i due a determinare lo sviluppo del bambino (dove si tiene conto che anche il bambino contribuisce al tipo di relazione), si resta in un interazionismo solo apparente, di superficie, perché lo sviluppo continua ad essere visto come l’effetto di cause esterne. In questa posizione ci troveremmo comunque a seguire una teoria psicopatologica “da deficit”.

D’altro canto, sostenere che la dissociazione sia solo una difesa, un processo che parte dall’individuo, rischia di porci in una posizione che relativizza eccessivamente l’ambiente e, soprattutto, che continua a separare indebitamente interno ed esterno (oltre a schiacciarci verso il polo delle teorie psicopatologiche “da conflitto”).

Ripeto: esplicitare questo permette, secondo me, di avere chiari i termini della questione. Naturalmente, problematizza il tutto e pone delle domande. Può darsi che sia possibile (o che sarà possibile) dimostrare che, ad esempio, immancabilmente un tipo di relazione da zero a 4 mesi (il caso di una depressione post-partum, ad esempio) comporti livelli cronicamente elevati di cortisolo che, a loro volta, compromettano definitivamente lo sviluppo dell’ippocampo e, quindi, delle future capacità modulatrici della memoria esplicita, ecc., ecc., fino ad un esito prevedibile ed inevitabile.

Se fosse così (il che non è dimostrato), dovremmo tenerne conto. Ma anche renderci conto se stiamo ragionando in termini di causa-effetto, di teoria psicopatologica da deficit, di “organismo” ed “ambiente” come entità indipendenti che si condizionano reciprocamente, e così via.

Come dicevo prima, ad una prospettiva relazionale questo può andare stretto. Non concorda con un modo di pensare che, ad esempio (come diceva Mitchell) vuole superare la dicotomia conflitto-deficit e guardare sia la coppia madre-bambino ([Beebe, Lachman, 1988](#)) sia ciascun elemento della coppia ([Sander, 2002](#)) come sistemi dinamici complessi.

Trovo quindi utili le proposte come quella di Maura Silvestri (2015), che cercano di far dialogare queste due posizioni all’interno di un nuovo contesto teorico, senza costringere alla rinuncia di una a favore dell’altra.

Del resto, la cosa è possibile inquadrando la questione anche in termini di funzionalità: il *perché* della dissociazione, di cui parlava Maura Silvestri, oltre che il *come* (che, pure, non è da trascurare).

Di fatto, diventa un modo di funzionare della mente. Un modo strutturato che svolge una funzione. Si è generato in un determinato contesto relazionale e in determinate condizioni soggettive (età, fase di sviluppo, connessioni neurali possibili in quel momento, ecc.) e intersoggettive. *Sempre* si forma in quelle condizioni? Ne abbiamo le prove? E, anche se fosse, *come* si forma?

Non mancano approcci teorici che permettono di superare le logiche di “causa-effetto” e la contrapposizione fra *trauma* e *deficit*, da una parte, e *conflitto* e *difesa* dall’altra.

Adesso sarebbe troppo lungo e complicato addentrarsi su questo, ma in biologia, ad esempio, si considera che siano gli organismi ad organizzare il proprio sviluppo. E che lo facciano utilizzando le risorse

che si generano nella contingenza dell'interazione (Oyama, 2006). Non vi sono risorse preesistenti, cause interne od esterne, ma circostanze che si creano nel momento dell'interazione e che l'individuo utilizza per continuare a vivere. L'organismo è quindi attivo, ma fa ciò che è possibile con le risorse disponibili.

Come si forma, dunque, quella condizione che chiamiamo "dissociazione" (sia che la intendiamo come processo mentale o come "non-processo", alla Janet)? In quest'ottica è un modo di funzionare della mente. Ma che dipende dalla mente; cioè dall'individuo, dall'organismo. Naturalmente, in determinate condizioni, con determinate risorse e determinati vincoli che si generano nella relazione con l'altro.

Credo che inquadrando la cosa in questo modo non sia più necessario ricorrere all'idea di "conseguenza passiva del trauma" o di "difesa" intesa in senso classico. Stiamo parlando di una modalità di funzionamento che si genera (o si può generare – questo non lo sappiamo) in determinate condizioni e che si struttura (o si può strutturare – anche questo non lo sappiamo) per determinati scopi.

## BIBLIOGRAFIA

- Barry R.A., Kochanska G., Philibert R.A. (2008). G x E interaction in the organization of attachment: mothers' responsiveness as a moderator of children's genotypes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49: 1313-1320.
- [Beebe B., Lachmann F. \(1998\). Co-costruire processi interni e relazionali. Trad.it. in \*Ricerca Psicoanalitica\*, 12, 2, 2001: pp. 119-160.](#)
- Bureau J.F., Martin J., Lyons-Ruth K. (2010). *La disregolazione dell'attaccamento come trauma nascosto durante l'infanzia: stress precoce, buffering materno e morbilità psichiatrica nei giovani adulti*. Trad. it. in Lanius R.A., Vermetten E, Pain C. (2010) (a cura di). *L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia. L'epidemia nascosta*. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2010.
- Dutra L., Bureau J.F., Holmes B., Lyubchik A., Lyons-Ruth K. (2009). Quality of early care and childhood trauma: A prospective study of developmental pathways to dissociation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197: 383-390.
- Felitti V.J. (2010). Prefazione all'edizione inglese di Lanius R.A., Vermetten E, Pain C. (2010) (a cura di). Trad. it. *L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia. L'epidemia nascosta*. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2010.
- Felitti V.J., Anda R.F. (2010). *Il rapporto tra esperienze sfavorevoli infantili e malattie somatiche, disturbi psichiatrici e comportamento sessuale nell'adulto: implicazioni per la politica sanitaria*. Trad.it. in Lanius R.A., Vermetten E, Pain C. (2010) (a cura di). *L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia. L'epidemia nascosta*. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2010.
- Felitti V.J., Anda R.F., Nordenberg D., Williamson D.F., Spitz A.M., Edwards V., Koss M.P., Marks J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 4: 245-258.
- Freedman A.M., Kaplan H.I., Sadock B.J. (a cura di) (1974). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Graziani G., Gori-Savellini S., Mantelli S. (2002). Percorsi storici dell'isteria. *Studi di psichiatria*, 4: 52-57.
- Herman J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 3: 377-391.
- Lakatos K., Toth I., Nemoda Z., Ney K., Sasvari-Szekely M, Gervai J. (2000). Dopamine D4 receptor (DRD4) gene polymorphism is associated with attachment disorganization in infants. *Molecular Psychiatry*, 5: 633-637.
- Lanius R.A., Vermetten E, Pain C. (2010) (a cura di). Trad.it. *L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia. L'epidemia nascosta*. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2010.
- Liotti G. (1999). *Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology*. In Solomon J., George C. (a cura di). *Attachment disorganization*. New York: Guilford Press.
- Lyons-Ruth K., Bureau J.F., Hennighausen K.H., Holmes B., Easterbrooks A. (2009). Parental helplessness and adolescent role-reversal as correlates of borderline features and self-injury. In Bureau J.F., Lyons-Ruth K. (Chairs) *Relational predictors of self-damaging behavior in adolescence: Multiwave longitudinal analysis*. Symposium at *The annual Meeting of the Society for Research in Child Development* (p. 242), Denver, CO.
- Oyama S. (2006). Trad.it. *L'occhio dell'evoluzione*. Roma: Fioriti, 2011.
- [Sander, L.W. \(2002\). Pensare diversamente. Per una concettualizzazione dei processi di base dei sistemi viventi. La specificità del riconoscimento. Trad.it. in \*Ricerca psicoanalitica\*, 2005, 16, 3: 267-300.](#)
- Schmahl C., Lanius R.A., Pain C., Vermetten E. (2010). *Una cornice biologica di riferimento per la dissociazione da trauma precoce*. Trad.it. in Lanius R.A., Vermetten E, Pain C. (2010) (a cura di). *L'impatto del trauma infantile sulla*



- salute e sulla malattia. L'epidemia nascosta*. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2010.
- Silvestri M. (2015). La dissociazione delle origini. Freud e Janet: un confronto doloroso, un dialogo pensabile. *Ricerca psicoanalitica*, 26, 1: 101-123.
- Stone M.H. (1993). *Eziologia del disturbo borderline di personalità*. Trad.it. in Paris J. (2010) (a cura di). *Il disturbo borderline di personalità. Eziologia e trattamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1995.
- Szajnberg N., Goldenberg A., Harari U. (2010). Traumi precoci, esiti future: risultati da studi longitudinali e osservazioni cliniche. Trad.it. in Lanius R.A., Vermetten E, Pain C. (2010) (a cura di). *L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia. L'epidemia nascosta*. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2010.
- van der Kolk B.A. (2005). *Il Disturbo Traumatico dello sviluppo: verso una diagnosi razionale per i bambini cronicamente traumatizzati*. Trad.it. In Caretti V., Capraro G. (a cura di) (2009). *Trauma e psicopatologia*. Roma: Astrolabio.
- van der Kolk B.A., D'Andrea W. (2010). *Verso una diagnosi di disturbo traumatico dello sviluppo per il trauma interpersonale infantile*. Trad.it. in Lanius R.A., Vermetten E, Pain C. (2010) (a cura di). *L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia. L'epidemia nascosta*. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2010.