
***INSIDE OUT . UN MODELLO ANALITICO TRANSAZIONALE
DEL TRAUMA****

*Jo Stuthridge***

Traduzione di Andrea Dondi

Riassunto

Questo articolo presenta un modello analitico transazionale del trauma inserito in un paradigma relazionale. Propone che lo stato dell'Io Adulto consenta il formarsi di un sé narrativo o un senso coerente di identità. Il trauma interferisce con questa capacità integrativa creando stati dell'Io esclusi e un sé disorganizzato. L'esperienza del bambino con figure di accudimento abusanti viene interiorizzata in una serie di "venefici" stati dell'Io Genitore/Bambino. Questo mondo interno dà forma alla visione che il bambino si fa del mondo esterno, conducendo a modelli di agito (*enactment*) transferale che rinforzano un copione traumatico. La terapia viene intesa come possibilità di sviluppare la capacità dell'Adulto di creare una narrazione coerente che permetta al cliente di passare dall'agito alla capacità riflessiva.

Abstract

INSIDE OUT: A TRANSACTIONAL ANALYSIS MODEL OF TRAUMA

This article presents a transactional analysis model of trauma located within a relational paradigm. It proposes that the Adult ego state enables us to form a narrative self or coherent sense of identity. Trauma interferes with this integrative capacity, creating excluded ego states and a disorganized self. The child's experience of abusive caregivers is internalized in a series of toxic Parent/Child ego states. This inner world shapes the child's view of the world outside, leading to patterns of transferential enactment that rein-

* *Inside Out: A Transactional Analysis model of trauma.* L'articolo comparso sul Transactional Analysis Journal XXXVI, 4, oct. 2006, pp. 270-283 viene tradotto e ripubblicato con il permesso dell'autore e dell'ITAA (International Transactional Analysis Association)

**Jo Stuthridge, è una analista transazionale didatta e supervisore TSTA-P dell'ITAA, membro dell'Associazione di Psicoterapeuti della Nuova Zelanda. È condirettore del *Physis Institute* ed esercita in Dunedin, Nuova Zelanda. (e.mail: jstuthridge@xtra.co.nz)

force a traumatic script. Therapy is concerned with developing the adult capacity to create a coherent narrative that allows the client to move from enacting to reflecting.

Questo articolo si basa su anni di esperienza clinica con adulti vittime di abusi fisici e sessuali. Il titolo è stato in parte ispirato dalla preferenza di mio figlio di portare i pantaloni a vita bassa, mostrando una vistosa parte dei boxer di raso. Mi è venuto in mente che questa moda di portare la biancheria intima “fuori” (*inside out*) assomiglia a ciò che avviene nel lavoro con gli adulti vittime di abusi infantili, dove gli “indumenti” intrapsichici sono indossati “fuori” sotto forma di agiti (*enactments*) transferali.

Porto un esempio come illustrazione. Annie è stata abusata sessualmente da suo padre dai 5 ai 15 anni, età in cui scappò di casa. In seguito sposò Bill ed insieme ebbero quattro figli. Lei non permise a Bill di avere alcun tipo di contatto fisico con i figli, descrivendo una sensazione di disgusto quando lui si avvicinava loro. Al contrario permetteva ai bambini di stare con i propri genitori, e quando la figlia adolescente le comunicò di essere stata abusata dal nonno, Annie reagì con incredula rabbia.

Annie aveva 49 anni quando l’ho incontrata; portava con sé alle sedute la nipotina piuttosto che lasciarla a Bill. Durante la terapia, Annie iniziò a realizzare che nonostante tutti gli sforzi compiuti al fine di evitare il passato, (usando alcool, silenzio, e negazione) aveva “ri-attivato” la storia del suo stesso abuso per trent’anni. Aveva usato il matrimonio per proiettare uno stato dell’Io Genitore abusante ed aveva fallito nel proteggere le proprie figlie come sua madre aveva fallito nel proteggere lei. Il dolore per l’abuso subito era stato relegato nel silenzio, fuori dalla consapevolezza, in uno stato dell’Io Bambino escluso. La tragica storia di Annie è esempio di una auto-narrazione incoerente. Questo è evidente nel racconto che fa della sua storia ed anche nel modo in cui ha vissuto la sua vita. Nel presente articolo si sostiene che quando un trauma condiziona la capacità dell’Adulto di creare narrazioni, l’esperienza non integrata viene rimessa in atto (*reenacted*) nella vita presente della persona.

Storie come quella di Annie sono state spiegate in molti modi differenti negli ultimi cento anni. Freud (1905/1953) sosteneva che le fantasie inconse, e non l’abuso infantile, erano la vera causa dell’iste-

ria. Durante gli anni settanta, con l'avvento delle ricerche sul Disturbo Post-Traumatico da stress (vedi Van der Kolk, 2000) e lo sviluppo del femminismo, il pendolo delle opinioni ha oscillato verso la presenza del trauma attuale come causa della patologia (Masson, 1984). Questo sviluppo storico può essere visto come dialettica in atto tra l'importanza dell'interno (fantasie e conflitto intrapsichico) e dell'esterno (abuso effettivo e fallimento genitoriale). La domanda che ci si pone è la seguente: la patologia scaturisce da mostri della vita reale o da mostri della mente?

Questo articolo considera la questione utilizzando l'Analisi Transazionale come ponte tra le sponde che dividono la psicoanalisi dalla psicologia empirica. Comincio da una reinterpretazione del modello degli stati dell'Io, quindi propongo una breve esplorazione dell'impatto del trauma sullo sviluppo e suggerisco una formulazione analitico transazionale del trauma. Infine, si fornisce materiale clinico per illustrare un approccio relazionale alla terapia utilizzando il modello descritto.

Una storia del Sé: lo sviluppo di Io, Me e Sé

Questa sezione propone una teoria o una storia circa l'emergere del sé all'interno di un paradigma relazionale e rivisita la teoria degli stati dell'Io alla luce dell'*Infant Research* e della neurobiologia

È appropriato cominciare a scrivere dell'incesto con commenti sulla biancheria intima di mio figlio? Da cosa dipende? Il Me guarda l'Io. William James (1892) fa la differenza tra un sé complesso e riflessivo - un "Me" - ed il semplice "Io" esperienziale. Propongo che il sé inteso da James come "Io" che esperisce nell'immediato, si consideri in termini analitico transazionali come una molteplicità di configurazioni discontinue di stati dell'Io Genitore/Bambino che producono cambiamenti nella consapevolezza, in risposta al contesto. Il senso di "Me" come coerente e continuo nel tempo si sviluppa con la capacità dello stato dell'Io Adulto di legare gli stati dell'Io attraverso una storia, creando in questo modo un "sé narrativo". Questo concetto di sé comprende l'esperienza paradossale del cambiare con il tempo o il contesto mentre riconosco di essere la medesima persona. Questo permette inoltre la possibilità di un "Io" che non è parte di me.

Basandosi sull'*Infant Research*, molti autori (Beebe, Lachman, 1988; Lichtenberg, 1983; Stern, 1985) suggeriscono che un senso di sé emer-

gente si sviluppi da ripetitive reciproche interazioni tra il bambino ed il suo *caregiver*. Beebe e Lachman (1988) attraverso evidenze empiriche della capacità del bambino di riconoscere, ricordare e aspettarsi queste ricorrenti interazioni, ipotizzano che il bambino formi rappresentazioni simboliche di sé e dell'altro. Questo processo di interiorizzazione coinvolge sia le rappresentazioni del bambino sia quelle del *caregiver*, un sistema diadico che non può essere descritto considerando l'uno o l'altro partner preso a sé stante (Beebe, Lachman, 1988; Fonagy, Target, Gergely, 2000).

In termini analitico transazionali, potremmo dire che ripetute transazioni tra il bambino ed i suoi *caregivers* sono aggregate ed interiorizzate per formare le basi degli stati dell'Io Bambino, Genitore ed Adulto in via di sviluppo. Come ha sottolineato Berne (1961), la mente contiene "resti" dell'infante che è un tempo effettivamente esistito, in lotta con i "resti" dei genitori un tempo effettivamente esistiti. Egli enfatizza il fatto che gli stati dell'Io sono entità fenomenologiche, non rappresentazioni astratte. La struttura interna del sé, quindi, emerge da una matrice relazionale. Io uso dire "stato dell'Io diade Genitore/Bambino" per sottolineare il fatto che viene interiorizzata una relazione nel suo complesso, non semplicemente un introietto: per esempio, uno stato dell'Io Bambino ansioso in risposta ad uno stato dell'Io Genitore Critico. Little (2005) si riferisce ad un concetto simile quando parla di "unità relazionali di stati dell'Io".

Potremmo supporre che la mente contenga multiple diadi stati dell'Io che riflettono l'esperienza che il bambino fa dell'ambiente di accudimento. Fonagy (2001) e Shore (1994) si riferiscono a set multipli di rappresentazioni sé-altro in bambini con attaccamento sicuro. Gli psicoanalisti relazionali (Bromberg 2001; Mitchell 1988) descrivono configurazioni relazionali multiple all'interno della mente. Bromberg (2001) suggerisce che solo con la maturità noi raggiungiamo una illusione adattiva del sé che si sovrappone alla consapevolezza della discontinuità.

Questa esperienza fenomenologica comune di essere molti sé viene riassunta efficacemente da Virginia Wolf: «Una biografia si considera completa soltanto se tiene conto di sei o sette sé, benché una persona potrebbe tranquillamente averne migliaia». (Wolf, 1928-1933).

Il Sé come storia: lo stato dell'Io Adulto

Ci si potrebbe chiedere, come possiamo sperimentare un qualche senso di identità, un “me” singolo nel mezzo di questo ambiente cangiante?

Berne (1961) faceva riferimento alla funzione integrativa dello stato dell'Io Adulto ma riconosceva che “il meccanismo di questa integrazione rimane da chiarire”. Io ritengo che l'auto-narrazione costituisca il meccanismo chiave per integrare i disparati stati dell'Io Genitore e Bambino in un unico senso di sé altrimenti definibile “me”. La capacità di raccontare storie riguardo il sé favorisce un processo riflessivo.

Fonagy, et al. (2002) sostengono che lo sviluppo di una tale capacità riflessiva dipenda dalla sintonizzazione nelle relazioni precoci. Quando il *caregiver* rappresenta una esperienza adeguata per il bambino, questo modello di vicinanza relazionale (*relatedness*) è interiorizzato, ed il bambino sviluppa una abilità di integrare l'esperienza in una narrazione. Il bambino impara a dare un nome ai propri stati interni ed a quelli degli altri. Fonagy et al. (2000) riportano studi empirici per dimostrare un'alta correlazione tra attaccamento, abilità riflessive e coerenza narrativa.

Dal punto di vista dell'Analisi Transazionale, una sintonizzazione adeguata facilita la capacità dell'Adulto di avere una funzione riflessiva e auto-narrativa. Questo concetto di funzione neopsichica come processo di integrazione, funzione riflessiva e narrazione è coerente con i recenti sviluppi teorici in Analisi Transazionale (Allen, 2003; Erskine, 2003; Tudor, 2003). Allen usa il termine *psychological mindedness* per riferirsi alla «abilità delle persone di pensare alle proprie dinamiche psichiche e collocare le proprie esperienze in un contesto di copione narrativo». (Allen, 2003).

La mente è percepita allora come una folla disordinata di stati dell'Io Genitore/Bambino con i loro propri unici modi di relazionarsi e di tonalità affettive, a cui viene attribuito significato e forma da un narratore: lo stato dell'Io Adulto.

Il Sé narrativo

Le neuroscienze (Le Doux, 2002) danno chiara evidenza all'idea che il sé non nasce come un tutto integrato ma piuttosto sia non unitario in origine. Le Doux (2002) e Damasio (2000) sostengono che la narrazione fornisce il collante essenziale che lega insieme le varie reti neurali

per creare un senso di sé unitario. Il cervello usa storie per generare un singolo “me” da una esperienza frammentata. La ricerca in campo neurologico ipotizza che la memoria giochi un ruolo fondamentale in questo processo. (Damasio, 2000).

Nel linguaggio dell’Analisi Transazionale, la teoria del copione descrive in modo efficace il ruolo cruciale della storia (*story*) nello sviluppo della identità di sé. Il copione di vita è una storia che nasce dalle interazioni tra un bambino ed il mondo. Può essere sia di sostegno sia auto-limitante. (Allen, Allen, 1997; Cornell, 1988; Loria, 1995). Utilizzando un modello strutturale degli stati dell’Io, le scoperte neurologiche sulla memoria possono essere usate per approfondire le nostre conoscenze circa uno stato dell’Io Adulto integrante, sul formarsi del copione e sullo sviluppo di un sé narrativo.

Le nostre primissime storie sono senza parole e derivano dalle transazioni non verbali tra il bambino ed il *caregiver*; fanno affidamento sui suoni, il toccarsi, e i movimenti interiorizzati come stati dell’Io diade G0/B0. Questa esperienza è integrata in una narrazione sub-simbolica da un precoce stato dell’Io Adulto (A0) che si basa sui sistemi di memoria implicita. Il termine sub-simbolico fa riferimento a modelli di organizzazione affettivi e somatici (Cornell, 2003).

La memoria implicita rimane al di fuori della consapevolezza. Queste memorie sono conservate nelle emozioni, sensazioni e comportamenti, senza un consapevole senso di connessione (Le Doux, 2002). Le storie immagazzinate nei sistemi di memoria implicita potrebbero essere associate con il concetto di protocollo di Berne (1961), che comprende i modelli relazionali precoci che formano la base del copione. Allen (2003) propone che l’esperienza conservata nella memoria implicita crei “principi organizzativi inconsci” che sottostanno a successive decisioni di copione. La capacità di narrare storie implicite non viene rimpiazzata ma continua ad esistere affiancando in seguito successive forme di storia esplicita. (Damasio, 2000).

Per esempio, quando le esperienze delle interazioni primarie di un bambino riguardano l’essere alimentato e coccolato in modo confortevole e sicuro, questo *set* di sensazioni va a formare una narrazione sub-simbolica. Queste storie senza parole formano un substrato emotivo – con un proprio umore, tono, e temi generali – che definiscono il mondo come sicuro o come pericoloso.

Semplici storie simboliche riguardo a sé cominciano ad esistere con lo sviluppo della memoria esplicita a 18 mesi (Shore, 1994). La memoria esplicita prevede la possibilità di un richiamo conscio, l'esistenza del linguaggio e dei processi simbolici. Queste storie definiscono la trama di partenza, il finale, il bello ed il brutto. Questo è il pensiero magico e concreto del processo neopsichico chiamato da Berne (1961) Piccolo Professore o A1. Il processo tipico di A1 tende a ipergeneralizzare l'esperienza, in modo tale da formare le ingiunzioni e le opinioni nucleari del copione. La memoria episodica esplicita cattura scene molto cariche emotivamente, tipiche delle memorie a cui si accede utilizzando la terapia ridecisionale. Queste scene forniscono conferme usate per giustificare e rinforzare i temi precoci.

Tavola 1 Il Sé Narrativo	
A0	Storie di sé subsimboliche, affettive, sensomotorie. Presente alla nascita (Cozolino, 2002). Sistemi di memoria implicita
A1	Storie di sé simboliche semplici e verbali. Presente dai 18 mesi (Shore, 1994). Memoria episodica esplicita
A2	Storie di sé simboliche complesse e dotate di capacità riflessiva. Presente dai 4-5 anni (Fonagy, 2002). Memoria autobiografica

Auto-narrazioni complesse (A2) sono possibili dai 4-5 anni con lo sviluppo della memoria autobiografica (Nelson 1992) e delle abilità riflessive (Fonagy, 2002). La memoria autobiografica rende possibile organizzare eventi remoti in una narrazione verbale, includendo aspetti sia di realtà che di finzione, di memoria implicita e esplicita (Damasio, 2000).

Siegel (1999) fa riferimento alla “narrativizzazione della memoria episodica” dal momento in cui il bambino impara a collegare insieme episodi per creare storie più complesse e coerenti. Queste sono le storie che io racconto di me stesso, via via diverse, e che presuppongono un narratore consapevole.

La memoria autobiografica ci permette di formare un sé narrativo, un “me” che persiste nel tempo (Damasio, 2000). Narrazioni autobiografiche coerenti connettono il passato, il presente ed il futuro, permettendo in questo modo alla persona di dare senso alla vita (Siegel, 2003).

Queste narrazioni sono fluide e flessibili; permettono l'integrazione di esperienze in conflitto in un tutto coerente. Questa capacità è una conquista dello sviluppo associata ad un attaccamento sicuro (Fonagy et al. 2002; Siegel, 1999) la memoria autobiografica può essere modificata da nuove esperienze (Damasio, 2000) e questo fatto ha una implicazione importante per la terapia: significa che io posso cambiare la storia che ho scritto riguardo a me stesso.

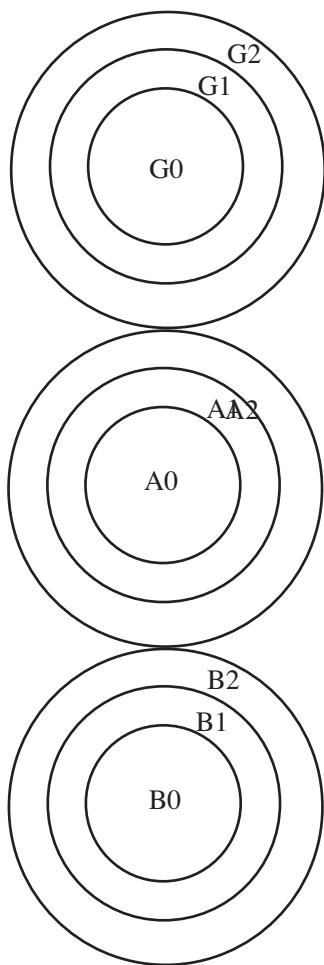
Lo stato dell'Io Adulto si comporta da narratore, tessendo le storie che uniscono vari sensi di "Io" (stati dell'Io diade Genitore/Bambino) all'interno di un coerente "Me": una identità narrata. Il sé viene collocato nella storia al posto di uno stato dell'Io, inteso più come un processo che come una struttura. Il sé narrativo, come una buona biografia, contiene diversi stati dell'Io, o molteplici sé, collegati dalla storia. Il modello degli stati dell'Io descritto qui potrebbe essere diagrammato come in Figura 1.

Storie e trauma

Cosa accade quando il trauma interferisce con lo sviluppo del sé? Questa sezione esplora brevemente i risultati acquisiti nel campo della neurobiologia, degli studi sull'attaccamento e delle ricerche cliniche. Io ritengo che il trauma influenzi la capacità dello stato dell'Io Adulto di formare auto-narrazione (*self-narrative*), come risulta dagli stati dell'Io dissociati. Questa non è una idea nuova. Pierre Janet nel 1889 (come citato in Van der Kolk, 2000), ha ipotizzato che il trauma causi un fallimento della memoria narrativa. Egli ha descritto come l'esperienza del trauma sia frammentata in elementi emotivi e sensoriali che sono esclusi dalla coscienza ordinaria oppure dissociati. Le neuroscienze oggi hanno iniziato a chiarire i meccanismi sottostanti a questo "collasso".

Neurobiologia e trauma infantile

L'assenza di una figura di attaccamento sicuro è uno dei fattori più critici che contribuiscono a determinare gli effetti cronici nel caso di abuso infantile (Shore, 2003; Streeck, Fisher, Van der Kolk, 2000). Nei bambini lo sviluppo di una capacità di regolare gli stati emotivi dipende da un *caregiver* sintonico (Shore, 1994). Attaccamenti traumatici causano una incapacità di regolare l'eccitazione e alcune alterazioni biochimiche caotiche che possono danneggiare il cervello del bambino (Shore, 2003;



G0, G1, G2: Stati dell'io
Genitore codificati nella
memoria implicita
e autobiografica

A0, A1, A2: Stati dell'io
Adulto codificati nella memo-
ria implicita, esplicita e
autobiografica

B0, B1, B2: Stati dell'io
Bambino codificati nella
memoria implicita, esplicita e
autobiografica

Figura 1
Modello strutturale di secondo ordine: una configurazione alternativa
degli Stati dell' Io.

Van der Kolk et al.,1996). Diversi studi indicano la presenza di anomalie nel sistema limbico e riduzioni della dimensione della parte sinistra dell'ippocampo in adulti vittime di abusi sessuali infantili (Teicher, 2002). Cosa significa questo? Per Van der Kolk (2000) la degenerazione del sistema limbico, in particolare dell'ippocampo, si evidenzia nel fallimento a integrare esperienze traumatiche in una narrazione. L'ippocampo è responsabile della contestualizzazione dell'esperienza nel tempo e nello spazio. Il danneggiamento delle funzioni dell'ippocampo porta alla persistenza di frammenti di memoria dissociata, odori, immagini e sensazioni che non sono collocate nel tempo e nello spazio.

Per tornare all'esempio di Annie, non era venuta in terapia con una storia precisa; si presentava, invece, con una serie di sintomi che la facevano impazzire: odori disgustosi che non riusciva a lavare via; notti insonni in preda ad un terrore paralizzante nel sentire rumore di passi nel corridoio, ed immagini vivide di suo padre in piedi accanto al suo letto. Dormiva con la luce e la TV accese. Gli eventi della sua infanzia non erano integrati in una auto narrazione; il trauma invadeva il presente sotto forma di sensazioni intrusive o di flashback.

Il lavoro di Damasio (2000) sui danni cerebrali, conferma che il danneggiamento dell'ippocampo causa l'arresto dello sviluppo della memoria autobiografica. Le ricerche sulla memoria suggeriscono anche che in condizioni di stress estremo, la memoria esplicita può fallire mentre la memoria implicita funziona meglio (Le Doux, 2002; Van der Kolk, Fisler, 1995). Secondo Siegel (2003) e Cozolino (2002), il trauma danneggia l'integrazione neurale nel cervello che si sta sviluppando, con il risultato di un insuccesso nell'integrare memorie implicite del trauma in una narrazione autobiografica.

Formulando questo concetto con l'Analisi Transazionale, si può dire che questi cambiamenti biologici interferiscono con la capacità dello stato dell'Io Adulto di compiere una integrazione attraverso la narrazione. Stati emotivi, eventi e schemi relazionali del trauma possono essere tutti registrati nella memoria implicita. In altre parole, possono essere dissociati gli interi "sistemi" stato dell'Io e non solo gli elementi sensoriali del trauma.

Per esempio, nel caso di Annie il suo ricordo fiero di camminare verso la chiesa mano nella mano con il padre co-abita con le intense memorie sensoriali dell'abuso sessuale. Non esiste una integrazione di queste

esperienze; la diade padre abusivo/bambino abusato ed il padre buono e rispettabile con il bambino felice rimangono fianco a fianco. Queste diadi di stati dell'Io incompatibili si alternano nella coscienza di Annie.

Attaccamento e trauma

Gli studiosi dell'attaccamento descrivono un processo simile usando linguaggio e concetti diversi. Numerosi studi (Carlson et al., 1989; Lyons-Ruth, Jacobvitz, 1999) evidenziano un'alta correlazione tra l'abuso nell'infanzia e modelli di attaccamento disorganizzato. Il bambino cerca faticosamente di integrare esperienze contraddittorie di ostilità e protezione del *caregiver*, arrivando a manifestare i comportamenti contraddittori dell'aggrapparsi al *caregiver* o quelli di attacco-fuga.

Studi longitudinali mostrano che l'attaccamento disorganizzato nei bambini è predittivo di sintomi dissociativi negli adulti (Carlson, 1998). Fosha (2003), in merito a questo ipotizza che i sentimenti dolorosi e gli eventi correlati vengono dissociati per consentire di mantenere l'attaccamento con il *caregiver* abusante. Questo compromesso "Faustiano" crea narrazioni autobiografiche che mancano di una coerenza emotiva.

Dati clinici e dissociazione

Gli adulti che hanno subito abusi infantili nell'ambito intrafamiliare presentano sintomi che coprono un ampio spettro dei disordini elencati nel DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). Tuttavia, dati clinici provenienti da tre aree chiave della ricerca: abuso sessuale (Briere, Runtze, 1988; Herman, 1992), Disturbi Post Traumatici da Stress – PTSD – (McFarlane, Yehuda, 2000; Van der Kolk, Fisler, 1995) e i disturbi dissociativi (Putnam, 1989) confermano nel complesso una connessione tra l'abuso infantile e il processo di dissociazione. La clinica suggerisce che la dissociazione è un mediatore cruciale tra l'abuso sessuale e una varietà di sintomi psichiatrici, incluso l'abuso di sostanze, l'autolesionismo, il suicidio (Kisiel, Lyons, 2001), la somatizzazione, il disturbo borderline di personalità (BPD) e il Disturbo Post Traumatico da Stress (Streek-Fischer, Van der Kolk 2000). La dissociazione può essere concepita come il fallimento dell'integrazione della memoria, della coscienza e della identità (American Psychiatric Association, 1994).

Braun (1989) ha descritto un continuum nella dissociazione a partire dalla condizione normale che include "la strada maestra dell'ipnosi"

fino al Disturbo Post Traumatico da Stress per arrivare alla fine al disturbo dissociativo di identità (DID). Il grado di dissociazione in un adulto abusato dipende dalla disponibilità di una figura di accudimento positiva, dall'età di insorgenza, dalla gravità del trauma e dalla vicinanza relazionale con l'abusante. Nel caso di pazienti con DID, il 95-98% di loro è stata vittima di un grave abuso sessuale.

Le evidenze ricavate dagli studi empirici, come il delta di un fiume, sembrano prendere differenti sentieri per arrivare ad una uguale destinazione. La neurologia, gli studi sull'attaccamento e gli studi clinici vanno tutti verso una medesima conclusione: il trauma, attraverso la creazione di una frammentazione di esperienze di dissociazione, interrompe la capacità di formare l'auto narrazione. Nei termini dell'Analisi Transazionale, possiamo definire questo come un'esclusione.

Il Sé senza una storia: un modello analitico transazionale del trauma

Questa sezione propone un modello del trauma che integra una teoria relazionale del Sé con dati empirici che riguardano l'impatto del trauma sullo sviluppo.

Il Sé disorganizzato

Il trauma danneggia la capacità dello stato dell'Io Adulto di organizzare l'esperienza attraverso la narrazione, da cui deriva un sé fondamentalmente disorganizzato, che non ha a disposizione una storia efficace che possa legare insieme disparati stati dell'Io Genitore-Bambino in una identità coesa. Il sé disorganizzato include molti differenti "Io" e nessun coerente "Me".

Il dentro e il fuori (inside-out)

1. *Il fuori entra dentro.* L'esperienza dell'abuso infantile è interiorizzata strutturalmente come un caleidoscopio di stati dell'Io Genitore/Bambino venefici immagazzinati nei sistemi di memoria implicite (G0/B0). Questi prototipi relazionali rappresentano le diverse esperienze emotive del bambino che comprendono le introiezioni di un Genitore abusante e trascurante accanto allo stato dell'Io Bambino abusato e abbandonato.
2. *La capacità di auto-narrazione è compromessa.* In assenza di un attaccamento sicuro, il trauma danneggia la capacità dell'Adulto di gestire una autonarrazione complessa (A2). La persona abusata regre-

disce a forme precedenti di funzionamento neopsichico (A0 o A1), costruendo in questo modo storie limitate, un copione traumatico. Un'auto-narrazione incoerente genera stati dell'Io esclusi.

3. *Il mondo interno dà forma alla visione dell'esterno.* L'adulto sopravvissuto all'abuso continua a vedere il mondo attraverso la lente caleidoscopica creata dal suo particolare modellamento degli stati dell'Io. Questa matrice di stati dell'Io influisce sulla regolazione affettiva e sui modelli relazionali. Eventi neutri vengono percepiti come segnali di pericolo, mentre alcune persone vengono percepite come inaffidabili o intrusive. Il mondo interno riemerge attraverso le proiezioni degli stati dell'Io Genitore ed Adulto esclusi. L'esperienza non integrata del trauma viene rimessa in scena (*renacted*) attraverso modelli transferali ripetitivi, rinforzando in questo modo il copione traumatico.

A questo punto abbiamo una risposta alla domanda che ci siamo posti all'inizio. I mostri stavano fuori ma sono entrati attraverso l'interiorizzazione delle relazioni precoci negli stati dell'Io Genitore/Bambino. La struttura intrapsichica a questo punto "foggia" la visione di sé, degli altri e del mondo esterno, in modo tale che l'adulto sopravvissuto all'abuso continua a vedere i mostri anche molto tempo dopo che se ne sono andati.

La vera tragedia per la maggior parte delle persone vittime di traumi infantili consiste nella grande difficoltà nel costruire soddisfacenti relazioni affettive nella vita adulta.

Copione traumatico

Narrazione sub-simbolica, A0

I sintomi del Disturbo Post Traumatico da Stress danno voce a tre pietre basilari del copione traumatico usando il linguaggio sensomotorio di A0. Questi sintomi raccontano una storia senza l'uso di parole.

"Non dimenticare mai" è il messaggio espresso attraverso sintomi intrusivi: flashbacks, sintomi somatici, incubi, attacchi di panico, tutti relativi a memorie implicite del trauma.

"Non ripercorrere questa strada" è suggerito dai sintomi di evitamento: dimenticanze, confusione emotiva, negazione, dissociazione, abuso di droga e alcol.

“Tieniti pronto” è il chiaro richiamo di sintomi ipervigili: agitazione, stati ansiosi, e reazioni di trasalimento esagerate (Dalembert, 2003).

Narrazione simbolica semplice, A1

Il funzionamento di A1 consente la creazione di storie semplici, molto generiche, concrete o magiche. Un copione traumatico si forma in base a credenze riguardo al sé inteso come cattivo, pazzo, indegno, o non amabile, mentre gli altri vengono dipinti come malevoli, inaffidabili, o indifferenti. Cose cattive sono attribuite ad un sé cattivo. Il bambino senza narrazione non ha protezione contro gli eventi esterni.

Per esempio, Nancy per la prima volta aveva pensato di essere cattiva a quattro anni, quando improvvisamente sua mamma aveva abbandonato la famiglia e con la sua partenza le aveva lasciato un peso da sostenere. Nancy non si era sentita cattiva: lei era cattiva. Quando suo zio, un prete, abusò sessualmente di lei, che aveva cinque anni, e la minacciò di uccidere suo padre se ne avesse parlato, aveva pensato che questo era potuto succedere perché lei era una bambina molto cattiva. Quando la sua matrigna l'aveva chiusa a chiave in una cantina buia, Nancy aveva pensato di essere nera e cattiva dentro tanto quanto era buia la stanza fuori. Anni dopo, il buio era ritornato ed era percepito come una vischiosa sostanza nera presente dentro il suo corpo. Qualche volta il nero poteva filtrare all'esterno e sporcarle le mani. Lei spesso le sfregava fino a farle sanguinare. Nancy era molto attenta a non raccontare nulla al marito riguardo al nero, per timore che lui potesse vedere la sua cattiveria. Non raccontò a lui alcunché riguardo al suo passato. Lui se ne andò dopo vent'anni di matrimonio sostenendo che lei non si fidava affatto di lui. Nancy capì che il marito se ne era andato perché lei era cattiva.

Esclusione

L'esclusione viene intesa in questo lavoro come un processo di “dis-integrazione” dovuto all'incapacità dello stato dell'Io Adulto di integrare l'esperienza in una narrazione. Le diadi stati dell'Io Genitore/Bambino vengono escluse dalla consapevolezza dell'Adulto e l'uno dall'altro, con un'alternanza di *patterns* di mutua esclusione. Gli stati dell'Io Genitore/Bambino esclusi possono includere sentimenti dolorosi collegati al trauma, ai bisogni relazionali insoddisfatti e anche l'esperienza contraddittoria di un *caregiver* sia abusante che affettivo. L'esclusione

determina una discontinuità dell'esperienza di sé e tuttavia contemporaneamente preserva gli stati dell'Io maggiormente adattivi che consentono al bambino di gestire la situazione.

Erskine (1993) sostiene che il trauma conduce alla «frammentazione e alla dissociazione dell'Io»; tuttavia, il processo da lui descritto è molto differente da quello che ipotizzo in questo lavoro. Egli sostiene che il sé inizia ad esistere come una entità intera e che la frammentazione avviene per una mancanza di contatto (relazione). Io propongo che il Sé inizia come una molteplicità di stati dell'Io e che l'integrazione attraverso l'auto-narrazione sia una conquista dello sviluppo.

La storia di Sharon descrive tutto ciò. Durante i primi incontri, Sharon stava seduta, spremendosi le mani, con il capo chinato ed il corpo tremante. Dominavano l'ora lunghi silenzi, lacrime e tentativi farfugliati di parlare. La sua presenza evocava in modo forte la sensazione di una piccola bambina spaventata in preda alla vergogna. Risultava difficile conciliare questa immagine con la Sharon affascinante, amichevole, piuttosto ironica che si presentava nell'incontro successivo. Altre volte, se ne andava dalle sedute in un accesso d'ira, lasciava il lavoro, abusava di sostanze, si tagliuzzava e si abbuffava di cibo. Queste diverse "manifestazioni" riflettevano una serie di stati dell'Io, in alternanza, senza una coerente auto-narrazione.

Secondo i suoi primi ricordi, Sharon era stata abusata sessualmente da suo padre da quando aveva 16 anni. Il padre mascherava questo sfruttamento con un'apparente adorazione ed un coinvolgimento nelle sue attività. Sua madre non ha mai fatto domande. Il segreto dell'incesto era rimasto nascosto al sicuro dietro lo stile di vita tipico della tranquilla famiglia di classe media. Sharon, o faceva finta che le cose andassero bene, o si ammalava. Non aveva parole per spiegare il suo disagio.

Questa realtà infantile è stata rimessa in scena durante la sua vita adulta. Per lunghi periodi Sharon fingeva, celando il segreto dell'incesto alla propria consapevolezza. Badava ai suoi figli e lavorava in un supermercato. Alternativamente, attraversò momenti di depressione, autodenigrazione, pensieri di suicidio e flashback dell'abuso sessuale. Sharon subì frequenti ricoveri ospedalieri in vent'anni, con diagnosi di bulimia, Disturbo Borderline di Personalità e Disturbo Post Traumatico da Stress. Quando divenne conscia di questo processo, cominciò a descriversi come una Jekyll e Hyde: «Io devo essere o una cosa o l'altra».

Durante il nostro lavoro insieme durato sei anni, questi distinti sistemi di stati dell'Io hanno raggiunto un certo livello di integrazione. Sharon era riuscita a mantenere sia il lavoro che la terapia e aveva imparato a vivere nel presente creando una narrazione di sé che includeva il suo passato.

Storie senza parole: quando le azioni parlano ad alta voce

Lo svelamento del copione è la sostanza del processo psicoanalitico. Il transfert non consiste semplicemente in una sequenza di reazioni correlate, una nevrosi di transfert, ma in un dramma di transfert dinamicamente progressivo, il quale contiene di solito tutti gli elementi e le suddivisioni della tragedia greca. (Berne, 1961).

La vittima di abuso arriva in terapia con una caotica esposizione di sintomi – la manifestazione esterna di uno stato mentale disorganizzato. Le relazioni intrapsichiche tra gli stati dell'Io vengono esternate attraverso mutevoli costellazioni di agiti di transfert/controltransfert. Il termine “agito” (*enactment*) fa riferimento ad azioni ed interazioni non verbali nel *setting* terapeutico (Aron, 1996). Le introiezioni del Genitore abusante, stati dell'Io Bambino terrorizzati, Fate buone fantastiche, vengono fatti rivivere nell'arena terapeutica. Mano a mano che questi attori interagiscono con il terapeuta, cambiando i ruoli in varie combinazioni, il copione traumatico si manifesta nella stanza della terapia.

Il modello degli stati dell'Io di Berne fornisce una teoria del sé che si colloca adeguatamente all'interno di una tradizione relazionale, come è descritta da Mitchell e Aron (1999). Il sé si viene a costituire attraverso l'interiorizzazione dell'esperienza interpersonale, mentre i bisogni relazionali (riconoscimento) sostituiscono la teoria pulsionale come chiave della motivazione. Il metodo di Berne, tuttavia, è più vicino ad un approccio tradizionale oggettivista che ad uno stile relazionale di terapia. Egli incoraggiava il terapeuta ad agire come un osservatore marziano (Berne 1966) che rileva le svalutazioni del cliente, i giochi e il copione da una posizione di obiettività. Utilizzando un approccio analitico transazionale classico o ridecisionale, il terapeuta confronta un agito (*enactment*) considerandolo come un gioco, rifiutando così il transfert. Il terapeuta rimane al sicuro su Marte, fuori dalla relazione.

Alcuni orientamenti all'interno dell'Analisi Transazionale negli ultimi dieci/quindici anni hanno evidenziato questa incongruenza tra teoria e metodo. Il metodo di Berne è un approccio "a una persona", focalizzato sul cliente come oggetto, che usa la decontaminazione o l'*insight* come strada elettiva di cura. Cornell e Hargaden (2005) tracciano lo sviluppo di un approccio analitico transazionale relazionale bi-personale che si focalizza sulle relazione terapeutica come veicolo di cambiamento. Moiso (1985); Novellino (1990); Erskine, Moursund e Trautmann (1999); Hargaden e Sills (2002) sono stati promotori di questo sviluppo della teoria e della pratica dell'Analisi Transazionale.

Un approccio relazionale è essenziale nella terapia con chi sopravvive all'abuso sessuale. L'esperienza del trauma viene spesso archiviata nella memoria implicita e in stati dell'Io esclusi, al di là delle parole. In questo caso la storia può essere imparata soltanto prestando attenzione alle dinamiche relazionali che esistono nel presente, non scavando alla ricerca di memorie esplicite dell'evento traumatico. Usando un approccio relazionale, gli agiti transferali (*enactments*) hanno voce chiara e rendono comprensibili i modelli relazionali impliciti e gli stati dell'Io esclusi. Con questo approccio il terapeuta diventa sia partecipante sia narratore del dramma. Le terapie relazionali riconoscono l'inevitabilità della partecipazione e la necessità di osservare l'impatto della partecipazione del terapeuta al processo (Aron, 1996). Grazie all'immersione nel mondo emotivo del cliente, i modelli relazionali impliciti che si sono formati nel contesto dell'abuso inevitabilmente emergono nella relazione terapeutica. Quando il terapeuta ed il cliente si adoperano per riparare questi danni, le esperienze escluse come la vergogna, la rabbia o il terrore possono essere integrate in una auto-narrazione più ampia. Mentre questo processo di sintonizzazione, di rottura e riparazione viene ripetuto varie volte, un nuovo prototipo relazionale viene a svilupparsi all'interno del cliente. Le interpretazioni del transfert facilitano la transizione dalla memoria implicita alla storia esplicita, in modo da porre fine agli agiti ripetitivi del copione traumatico.

Il modello del trauma qui delineato si avvale di una teoria della mente e di un metodo coerente con i principi della psicoanalisi relazionale contemporanea (Aron, 1996; Mitchell, 1988). Questa teoria sottolinea l'importanza della relazione, sia interna che esterna, sia reale che immaginata (Aron, 1996). L'ipotesi di una struttura diadi della mente (diadi

Genitore/Bambino) sottolinea il fatto che le relazioni interne tra gli stati dell'Io derivano da configurazioni relazionali. Questo mondo interno influenza le relazioni esterne nel presente, e la terapia richiede la partecipazione a modelli transferali co-costruiti per portare un cambiamento. L'Analisi Transazionale fornisce un ponte tra il regno dell'intrapsichico e quello interpersonale, comprendendo sia le relazioni fantasticate, sia quelle reali.

Tre modelli di transfert

I clinici che lavorano sul trauma a partire da una prospettiva psicodinamica spesso descrivono modelli (*pattern*) prevedibili di transfert basati su variazioni di temi quali impotenza, ostilità e salvataggio (Davies, Frawley, 1994; Gabbard, 1994). Nella mia esperienza, si possono individuare tre modelli fondamentali di transfert (vedi Figura 2).

Ognuno riguarda una diade di stati dell'Io Genitore/Bambino.

il bravo bambino in relazione col genitore idealizzato, secondo il tema Vittima/Salvatore

il bambino abusato in relazione all'abusante, secondo il tema Vittima-Persecutore

il bambino vuoto in relazione al genitore trascurante, secondo il tema Vittima-Spettatore (Clarkson, 1987).

Nel caso di un abuso intrafamiliare, si riscontra quasi sempre la presenza di un genitore "non coinvolto", che non è stato in grado di proteggere il bambino. La trascuratezza (*neglet*) sommata all'abuso determina una matrice particolarmente venefica della diade Genitore/Bambino.

I temi e i caratteri risultano familiari, ogni sistema stato dell'Io è una manifestazione di relazioni reali che sono state interiorizzate. L'accento è posto sulla fenomenologia: trovare nomi e cognomi degli stati dell'Io coinvolti nelle transazioni transferali.

Una diade stati dell'Io Genitore/Bambino può essere vissuta come una impasse intrapsichica, come uno stato dell'Io Genitore o Bambino attivo, oppure in termini interpersonali, nel caso in cui un aspetto della diade venga proiettato. Cliente e terapeuta possono far esperienza di entrambi gli aspetti della diade stati dell'Io interiorizzata. Il concetto di transfert qui descritto si rifà alla definizione di Erskine (1991) - *espressione esternalizzata di conflitti interni all'io* - e prevede che sia lo stato dell'Io Bambino che quello Genitore possono essere proiettati. La rela-

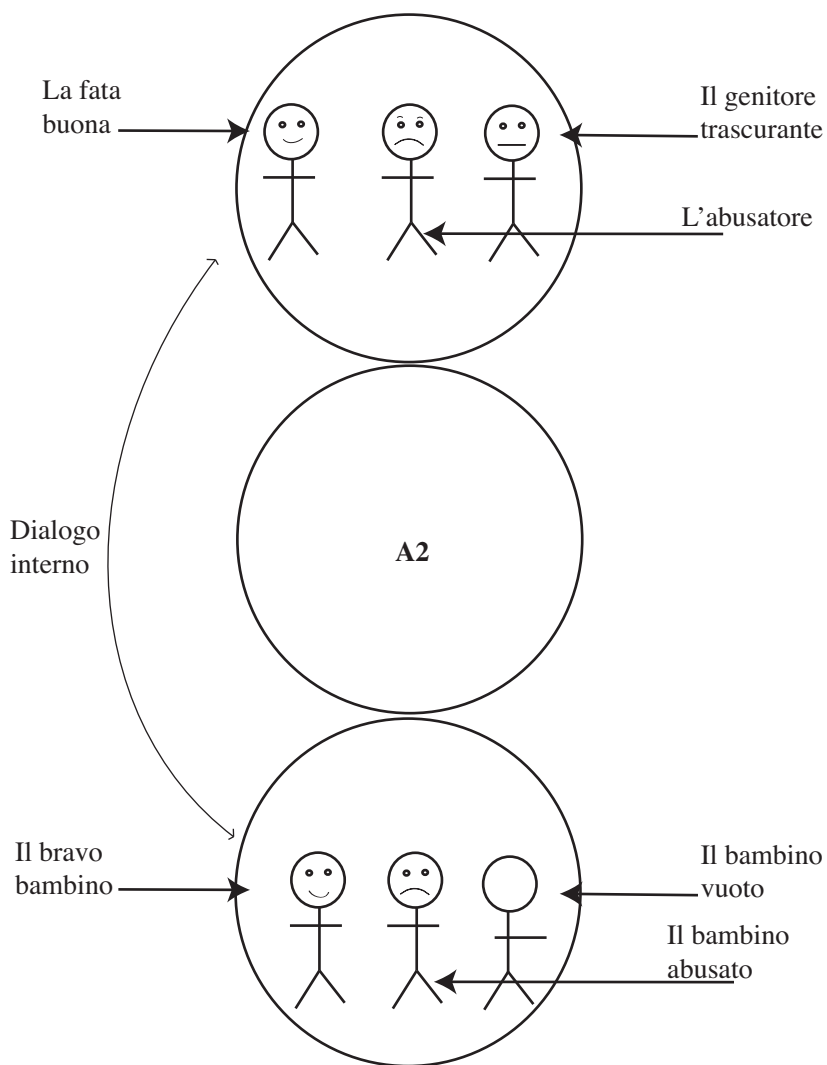


Figura 2
Il Sè disorganizzato: tre modelli di transfert

zione transferale viene vista come una costruzione mutualmente condivisa. (Hargaden, Sills, 2002).

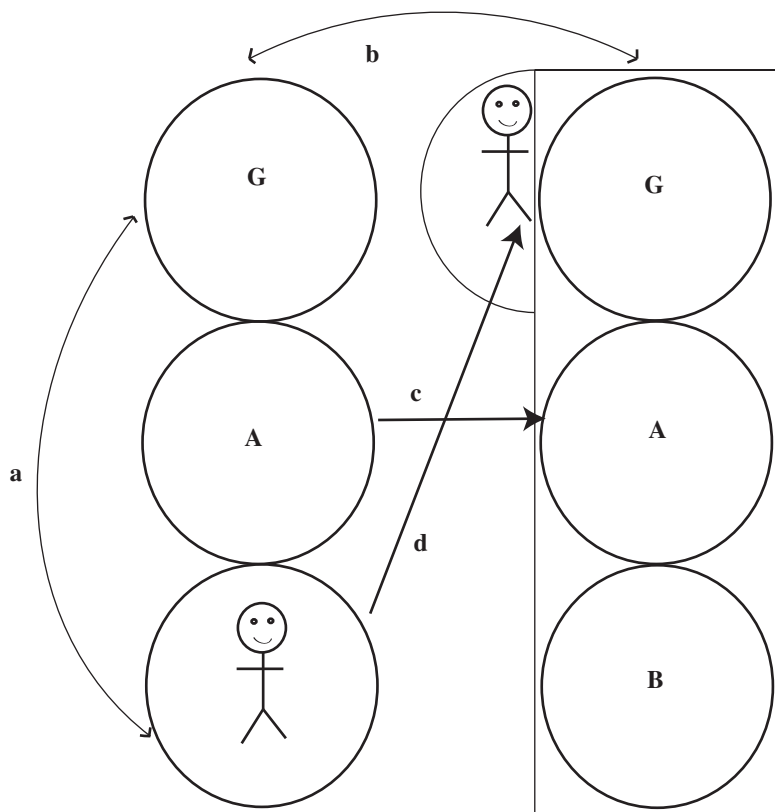
Nelle sezioni successive, alcuni casi (*vignettes*) illustrano un approccio relazionale alla terapia con adulti sopravvissuti all'abuso sessuale.

1. *Il bravo bambino e la fata buona*. Questo modello di transfert (vedi Figura 3) è come la storia di Cenerentola e spesso segna l'inizio della terapia. I racconti di un bambino che viene violentato o picchiato facilmente toccano le corde della sensibilità del terapeuta, richiamando il Salvatore sempre pronto ad alleviare la sofferenza attraverso la magia. Considerato dalla prospettiva del cliente, il fatto di sentirsi creduti e compresi per la prima volta nella vita, può fornire un *elisir* molto potente che rievoca promesse inascoltate e una fantasticata fata buona. Questa dinamica può essere compresa come espressione del B0 che cerca soddisfazione per bisogni inascoltati (Hargaden, Sills, 2002) o come tentativo di trovare una fusione simbiotica attraverso la proiezione della figura del Genitore fantasticato (G1+) (Haykin, 1980; Moiso, 1985). Credo che non vi sia ragione per differenziare queste introiezioni fantasticate da altri introietti (G2); entrambe costituiscono reali esperienze soggettive formate da una miscela di fantasia e realtà.

Per esempio Sharon aveva una fantasia infantile ricorrente in cui la sua vicina di casa, una signora più grande di età, un giorno l'avrebbe portata a casa sua. In terapia, era emerso molto velocemente un transfert idealizzato in cui io ero vista come la miglior terapeuta che avesse mai conosciuto, una perfetta mamma amorevole, che avrebbe potuto magicamente fare sparire il suo dolore. Aveva poi usato delle occasioni in cui aveva visto me con la mia famiglia in pubblico come prova della correttezza della sua percezione.

Nel tempo si era palesato uno stato dell'Io Bambino che aveva "tutte le ragioni". Se Sharon era così sinceramente innocente come la vedevo, allora certamente si meritava qualche telefonata? Durante le crisi suicidarie, aumentavano le richieste di incontri aggiuntivi e di telefonate; in qualche modo non stavo facendo abbastanza.

Andare oltre il transfert della fata buona richiede di abbandonare le speranze di salvataggio, riconoscendo che l'abuso è comunque avve-



a – dialogo interno b – Stato dell’Io proiettato c – transazione sociale
d – transazione di transfert

Figura 3
Il Bravo Bambino/La Fata Buona (seguendo Moiso, 1985)

nuto, elaborando il lutto di una infanzia perduta. Invece di aspettare che il terapeuta usi la bacchetta magica, la persona impara a tollerare il dolore di non essersi mai sentita accudita.

2. *Il bambino abusato e l'abusante*. Fairbairn (1952/1992) aveva notato per primo nel suo lavoro con i bambini abusati che il genitore abusante viene spesso interiorizzato e scisso o dissociato dalla consapevolezza. Questo stato dell'Io Genitore sadico è evidente nel dialogo interno critico e in una persistente autosvalutazione. In alcuni casi questo Genitore sembra dedito ad una missione di furioso autosabotaggio, che si manifesta in un comportamento autodistruttivo come nel caso di Sharon attraverso la privazione di cibo, il purgarsi, i tagliuzzamenti, le overdosi.

Questa diade di stati dell'Io Bambino abusato/Genitore abusante si mostrava nella terapia di Sharon attraverso lunghi periodi di blocco in cui lei raccontava varianti della stessa storia molte volte (es. «Le persone sono crudeli con me»). Si sentiva sotto stress e impotente (Bambino abusato), mentre chiunque intorno a lei, inclusa io stessa, era visto come Persecutore (l'abusante proiettato).

Occasionalmente avveniva un rapido cambio negli stati dell'Io. Durante un periodo di crisi, Sharon iniziò a chiedermi di tenerle la mano durante le sedute o di sedere accanto a lei sul divano. Io gentilmente rifiutai il contatto fisico, suggerendo invece di parlare del suo bisogno di contatto. Poco tempo dopo, ricevetti una chiamata dal suo psichiatra con cui Sharon si era lamentata di sentirsi abusata da me. Sharon aveva ricreato in questo dramma la propria famiglia di origine. Lo psichiatra richiedeva incontri e spiegazioni, mentre io mi sentivo intrappolata e in colpa. Sharon sembrava provare un qualche piacere nell'esercitare il suo potere su di me. Il mio supervisore fece un commento perspicace: «Ti ha fottuta». Ciò riassume la natura della intrusione che io avvertivo, una identificazione proiettiva con uno stato dell'Io Bambino abusato. Per diversi mesi, Sharon ed io abbiamo lavorato per sbrogliare la matassa. Lei comprese che i sensi di colpa che sentiva nel venire in seduta erano molto simili ai sentimenti che aveva provato nella relazione con suo padre. Si sentiva in colpa per il fatto di essere in terapia da diversi anni e per aver tenuto la relazione nascosta alla sua famiglia. Quando recuperò ricordi dell'abuso, si sentì abusata da me come lo era stata da lui (proiezione del Genitore abusante). A quel punto lei riconobbe che il lamento era una espressione di rabbia e poté riconoscere che il proprio comportamento era come quello di suo padre (Genitore attivo), una parte di sé aliena, esclusa.

L'agito (*enactment*) venne ripetuto ancora alcuni mesi dopo, quando a Sharon fu diagnosticata una forma di artrite, una malattia di cui anche suo padre aveva sofferto. Lei avvertì come se lui fosse di nuovo nel suo corpo e sentì l'artrite come una violazione della sua integrità fisica, come un abuso sessuale. Iniziò a tagliarsi; ricordi e sensazioni dell'abuso sessuale inondarono la sua coscienza. Mi chiamò a casa sentendosi disperata. Cercai di calmarla in qualche modo e proposi di parlarne più tardi nella nostra abituale seduta. Arrabbiata per la mia risposta, immediatamente chiamò la mia collega e il referente assicurativo, lamentandosi per la mia scarsa disponibilità. Il referente mi chiamò, accusandomi di non tenere in debita considerazione lo stress di Sharon – di nuovo colpevole. Ricevetti questa chiamata il giorno seguente la morte di mia suocera. Mi sovvenne una fantasia di chiamare Sharon per cancellare la seduta successiva a causa del funerale. Una fantasia di ritorsione: «Guarda come ti sentirai in colpa ora». A questo punto capii l'intensità del senso di colpa che Sharon aveva sentito da bambina ed il modo in cui questo senso di colpa era stato "scagliato" tra noi attraverso il transfert ed il controtransfert. Questa volta ci volle solo una settimana perché lei riconoscesse la questione.

Sharon iniziò ad accettare la profondità della sua rabbia e a comprendere il suo senso di colpa. Con questa consapevolezza dell'Adulto, i sentimenti precedentemente esclusi venivano ora integrati in una narrativa autobiografica ampliata. Usando la teoria dei giochi attraverso delle generiche etichette di "prendimi a calci" o "ti ho beccato figlio di puttana" per spiegare questi eventi avremmo perso la sfumatura della dinamica relazionale ripetuta nel transfert. L'improvviso cambiamento negli stati dell'Io di Sharon appariva attraverso una narrazione disconnessa e stati dell'Io non integrati, entrambi tipici di un Disturbo di Personalità Borderline.

Nel mio lavoro con Sharon, mi sono trovata a percorrere un sentiero non semplice collocato tra le ri-capitolazioni presenti del trauma passato e la creazione di un palcoscenico su cui questi drammi silenziosi, precedentemente esclusi dalla consapevolezza, potessero essere messi in scena (*enacted*) per essere simbolizzati ed integrati in una narrazione consapevole. Il mio supervisore mi ha ricordato l'importanza di mantenere le porte del "teatro" ben chiuse (confini) quando era in atto la scena, per evitare che la fantasia potesse riversarsi nel mondo reale.

3. *Il bambino vuoto e il genitore non disponibile.* In terapia, Nancy rimaneva in silenzio per lunghi periodi, guardando fuori dalla finestra. Quando le facevo una domanda sembrava non sentire o mi chiedeva di ripetere. La sua mente sembrava completamente disconnessa, come un computer in stallo. Prendeva dei farmaci ed aveva fatto molte sedute di terapia elettroconvulsiva. Molto prima di questo trattamento aveva perfezionato l'arte della dissociazione quando, da bambina, aveva subito infiniti episodi di abuso sessuale da parte di numerosi aggressori, inclusi fratelli, cugini, e zii. In quei momenti, Nancy lasciava il suo corpo e vedeva la scena dell'abuso dalla prospettiva di una terza persona, di uno spettatore. Per lunghi periodi provavo la sensazione di avere completamente perso il contatto con lei. Andava e veniva dalle sedute con scarsi cambiamenti, apparentemente irraggiungibile. Durante le sedute mi capitava spesso di lanciare occhiate all'orologio, sentendomi estranea. In un incontro con Nancy, in cui lei stava con lo sguardo fisso, ci fu il seguente scambio:

Jo: Dove sei ora?

Nancy: Sono di nuovo nella cantina. (va avanti a descrivere il minuscolo quadrato di linoleum su cui sedeva, il freddo ed il buio.)

Jo: A cosa stai pensando?

Nancy: Forse qualcuno potrebbe trovarmi...

Jo: Tua mamma?

Nancy: No. Lei non mi voleva... lei è morta (lo dice con una voce priva di espressione.)

Lentamente mi rendevo conto che durante questa seduta mi stavo sentendo come la "madre morta" di Nancy. Lei non aveva nessun investimento, nessuna speranza in me. La madre di Nancy se ne era andata quando lei aveva quattro anni, lasciandola preda per anni di abusi sessuali e fisici. Questi sentimenti di insensibilità o vuoto possono essere più difficili da gestire del dramma della diade abusante-vittima. Gabbard (1992) suggeriva che la tenacia con cui la vittima di incesto si aggrappa al transfert paterno può essere un modo per evitare questo vuoto senza scampo.

Questa diade nel transfert spesso si manifesta come percezione di un terapeuta disinteressato o indisponibile: la proiezione del Genitore trascurante. Può esservi un mutamento quando il terapeuta si senta

spinto a “fare un passo oltre”, per “provare” la sua dedizione e stimolare il Bambino. I tentativi di amare il cliente più di quanto fece la madre trascurante possono anche condurre a trasgressioni dei confini sessuali, nel qual caso il terapeuta diventa l’abusante, ripetendo l’incesto. Una percentuale significativa dei clienti che hanno rapporti sessuali con i loro terapeuti sono stati vittime di incesto da bambini (Gabbard, 1992).

Creare nuove storie: la cura

Penso che obiettivo della terapia sia rafforzare la capacità dello stato dell’Io Adulto di creare un’auto-narrazione coerente. All’interno di una terapia relazionale, le dinamiche intrapsichiche vengono esternalizzate attraverso agiti (*enactments*) transferali. Quando cliente e terapeuta risolvono queste impasse nella relazione, le diadi stati dell’Io Genitore/Bambino possono essere integrate in una auto-narrazione più ampia. La sintonizzazione nella relazione terapeutica viene usata per sviluppare la capacità dell’Adulto di funzione riflessiva e di auto-narrazione. La ricerca sull’attaccamento adulto mostra che una narrazione coerente del genitore costituisce il più forte indicatore di un attaccamento sicuro nell’infanzia (Hesse, 1999). Queste scoperte suggeriscono che l’integrazione a livello intrapsichico promuove connessioni a livello interpersonale. In Analisi Transazionale, questo significa che l’auto-narrazione coerente può prevenire la trasmissione intergenerazionale del copione.

Per tornare alla storia di Annie, un giorno era arrivata in seduta con un grande sorriso e senza la sua nipotina. Entrambe sapevamo che questo significava l’aver lasciato la bambina con il marito Bill, fidandosi di lui per la prima volta in assoluto. Mi disse: «Mi sento proprio diversa. È solo adesso mentre ne parlo con te che mi rendo conto di quanto sono diversa. Provo una sensazione calda e piacevole nel vedere Bill che tiene in braccio la bambina». Abbiamo condiviso “la sensazione calda e piacevole” con un contatto di sguardi, così diverso dalle occhiate furtive e imbarazzate che avevano caratterizzato le nostre sedute in passato.

La narrazione coerente integra disparati stati dell’Io in un senso di sé continuo. Il cliente è libero di vagare in parti della mente prima escluse. Il flusso della coscienza diventa più profondo ed ampio in-

vece di essere costretto negli angusti canali scavati dal copione traumatico. Il cliente sviluppa una storia di sé di maggiore respiro e flessibilità che dà un senso al passato e crea un nuovo futuro. Una cliente lo ha riassunto in questo modo durante l'ultima seduta. Quando le ho chiesto che cosa avesse cambiato, Jamie disse: «È come avere una cabina armadio nella testa».

Conclusioni

In questo contributo si sostiene che l'auto-narrazione è una funzione chiave dello stato dell'Io Adulto integrante. Il trauma e l'incuria nelle relazioni primarie impediscono lo sviluppo di questa competenza determinando una struttura disorganizzata del sé. L'obiettivo della terapia, attraverso un approccio relazionale è di sviluppare la capacità del cliente di creare una auto-narrazione coerente.

Questo modello analitico transazionale del trauma situa le conseguenze di un abuso infantile in un quadro di riferimento psicodinamico relazionale, evidenziando il complesso intreccio tra fantasia e realtà, tra interno ed esterno (*inside-out*).

Le terapie sul trauma che si focalizzano sull'esterno, sulla rievocazione degli eventi e sulla abreazione risultano insufficienti nel determinare cambiamenti duraturi. È essenziale trattare le relazioni interne tra stati dell'Io, per facilitare una riorganizzazione della mente ovvero la guarigione (Berne, 1961). Come scrive Bromberg (2001), «noi non trattiamo i pazienti... per curarli da qualcosa che è stato fatto loro nel passato; piuttosto, possiamo cercare di curarli per quello che continuano a fare a se stessi ed agli altri nel tentativo di fare fronte a ciò che è stato fatto loro in passato».

Bibliografia

- ALLEN J.R. (2003), trad. it. *Concetti, competenze e comunità interpretative*, in «Quaderni di psicologia, Analisi Transazionale e Scienze umane», n. 41, 2004.
- ALLEN J.R., ALLEN B.A., *A new type of Transactional Analysis and one version of script work with a constructionist sensibility*, in «Transactional Analysis Journal», 27, 1997, pp. 89-98.

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994), trad. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV)*, Masson, Milano 1996.
- ARON L. (1996), trad. it. *Menti che si incontrano*, Raffaello Cortina, Milano 2004.
- BEEBE B., LACHMAN F., *The contribution of mother-infant mutual influence to the origin of self and object representations*, in «Psychoanalytic Psychology», 5 (4), 1988, pp. 305-37.
- BERNE E. (1961), trad. it. *Analisi transazionale e psicoterapia*, Astrolabio, Roma 1971.
- BERNE E. (1966), trad. it. *Principi di terapia di gruppo*, Astrolabio, Roma 1986.
- BRAUN B.G., *Psychotherapy of the survivor of incest with a dissociative disorder*, in «Psychiatric Clinics of North America», 12 (2), 1989, pp. 307-25.
- BRIERE J., RUNTZE M., *Symptomatology associated with childhood sexual victimization in a non-clinical sample*, in «Child Abuse and Neglect», 12, 1988, pp. 51-9.
- BROMBERG P. (2001), trad. it. *Clinica del trauma e della dissociazione*, Raffaello Cortina, Milano 2008.
- CARLSON E.A., *A prospective longitudinal study of disorganized/disoriented attachment*, in «Child Development», 69, 1998, pp. 1970-79.
- CARLSON V., CICHETTI D., BARNETT D., BRAUNWALD K., *Disorganized/disoriented attachment relationship in maltreated infants*, in «Developmental Psychology», 25, 1989, pp. 525-31.
- CLARKSON P. (1987), trad. it. *I giochi dell'osservazione passiva*, in «Quaderni di Psicologia, Analisi Transazionale e Scienze umane», n. 27/28, 1999.
- CORNELL W. (1988), trad. it. *La teoria del copione di vita: una rassegna critica in un'ottica evolutiva*, in «Neopsiche», n. 15, 1991.
- CORNELL W.F., *Babies, brains and bodies. Somatic foundation of the child ego state*, in C. Sills, H. Hargaden, *Ego states*, vol. I of *Key concepts in Transactional Analysis. Contemporary views*, Worth Publishing, Londra 2003.
- CORNELL W.F., HARGADEN H., *From transactions to relations. The emergence of a relational tradition in Transactional Analysis*, Haddon Press, Chadlington, England 2005.

- COZOLINO L., *The neuroscience of psychotherapy*, Norton, New York 2002.
- DALENBERG C., *Abuse as trauma, betrayal, loss and stigma. Deepening Trauma treatment*, presentazione del seminario *Doctor for Sexual Abuse Care*, Dunedin, New Zealand, Aprile 2003.
- DAMASIO A., *The feeling of what happens. Body and emotion in the making of consciousness*, William Heinmann, London 2000.
- DAVIES J.M., FRAWLEY G.M., *Treating the adult survivor of childhood sexual abuse. A psychoanalytic perspective*, Basic Books, New York 1994.
- ERSKINE R.G. (1991), trad. it. *Transfert e transazioni: osservazioni da una prospettiva intrapsichica e integrativa*, in «Neopsiche», n. 16, 1991.
- ERSKINE R.G., *Inquiry, attunement and involvement in the psychotherapy of dissociation*, in «Transactional Analysis Journal», 23, 1993, pp. 184-90.
- ERSKINE R.G., *Introjecton, psychic presence and parent ego state. Considerations for psychotherapy*, in C. Sills, H. Hargaden, *Key concepts in Transactional Analysis. Contemporary views*, vol. 1, *Ego States*, Worth Publishing, London 2003.
- ERSKINE R.G., MOURSUND J, TRAUTMANN R., *Beyond empathy. A therapy of contact-in-relationship*, Brunner/Mazel, Philadelphia 1999.
- FAIRBAIN W.R.D. (1952), *Psychoanalytic studies of the personality*, Tavistock/ Routledge, London 1992.
- FONAGY P., *Attachment theory and psychoanalysis*, Other Press, New York 2001.
- FONAGY P., GERGELY G., JURIST E., TARGET M., *Affect regulation, mentalization and the development of the self*, Other Press, New York 2002.
- FONAGY P., TARGET M., GERGELY G., *Attachment and borderline personality disorder*. in «The Psychiatric Clinics of the North America», 23 (1), 2000, pp. 103-21.
- FOSHA D., *Dyadic regulation and experiential work with emotion and relatedness in trauma and disorganized attachment*, in M. F. Solomon, D.J. Siegel, *Healing trauma. Attachment, mind, body and brain*, Norton, New York 2003, pp. 221-81.
- FREUD S. (1905), *Three essays on the theory of sexuality*, in J. Strachey, *The standards edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, vol. 7, Hogart Press, London 1953, pp. 125-43.
- GABBARD G.O. (1994), *Psychodynamic Psychiatry in clinical practice. The DSM – IV edition*, American Psychiatric Press, Washington 1994.

- GABBARD G.O.M., *Commentary on "dissociative processes and transference-countertransference paradigms" by Jody Messler Davies and Mary Gail Frawley*, in «Psychoanalytic Dialogues», 2 (1), 1992, pp. 37-47.
- HARGADEN H., SILLS C., *Transactional Analysis: a relational perspective*, Brunner-Routledge, London, 2002.
- HAYKIN M. (1980), trad. it. *Assegnazione del ruolo: influenza delle esperienze della prima infanzia nella struttura dello stato dell'Io Bambino*, in «A.T. Rivista Italiana di Analisi Transazionale e metodologie psicoterapeutiche», vol. 8-9, 1985.
- HERMAN J., *Trauma and recovery*, Basic Books, New York 1992.
- HESS E., *The adult attachment interview. Historical and current perspectives*, in J. Cassidy, P. Shaver, *Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications*, Guilford Press, New York 1999, pp. 395-433.
- JAMES W., *Psychology: Briefer course*, Macmillan, London 1892.
- KISIEL C.L., LYONS, J.S., *Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents*, in «American Journal of Psychiatry», 158, 2001, pp. 1034-39.
- LE DOUX J. (2002) trad. it. *Il sé sinaptico. Come il nostro cervello ci fa diventare quelli che siamo*, Raffaello Cortina, Milano 2002.
- LICHTENBERG J.D., *Psychoanalysis and infant research*, The Analytic Press, Hillsdale NJ 1983.
- LITTLE R., *Integrating psychoanalytic understandings in the deconfusion of primitive child ego states*, «Transactional Analysis Journal», n. 35, 2005, pp. 132-46
- LORIA B., *Structure determinism and script analysis. A bringing forth of alternative realities*, in «Transactional Analysis Journal», 25, 1995, pp. 156-67.
- LYONS-RUTH K., JACOBVITZ F., *Attachment disorganization. Unresolved loss, relational violence and lapses in behavioural and attentional strategies*, in J. Cassidy, P.R. Shaver, *Handbook of attachment theory. Theory, research and clinical applications*, Guilford Press, New York 1999, pp. 520-54.
- MASSON J.M., *The assault on truth*, Farrar, Straus, Giroux, New York 1984.
- McFARLANE A., YEHUDA R., *Clinical treatment of posttraumatic stress disorder. Conceptual challenges raised by recent research* in «Australian and New Zealand Journal of Psychiatry», 34, 2000, pp. 940-53.

- MITCHELL S. (1988), trad. it. *Gli orientamenti relazionali in psicoanalisi. Per un modello integrato*, Bollati Boringhieri, Torino 1993.
- MITCHELL S.A., ARON L., *Relational Psychoanalysis: the Emergence of a Tradition*, Analytic Press, Hillsdale NJ, 1999.
- MOISO C., *Ego states and transference*, in «Transactional Analysis Journal», 1985, pp. 194-201.
- NELSON K. *Emergence of autobiographical memory at four*. in «Human Development», 35, 1992, pp. 172-77.
- NOVELLINO M., *Unconscious communication and interpretation in transactional analysis*. *Transactional Analysis Journal*, 20, 1990, pp. 168-72.
- PUTNAM F., *The diagnosis and treatment of multiple personality disorder*, Guilford Press, New York 1989.
- SCHORE A.N., *Affect regulation and the origin of the self, the neurobiology of emotional development*, Erlbaum, Hillsdale 1994.
- SCHORE, A.N., *Early relational trauma. Disorganized attachment and the development of a predisposition to violence*, in M.F. Solomon, D.J. Siegel, *Healing trauma. Attachment, mind, body and brain*. Norton, New York 2003.
- SIEGEL D.J. (1999), trad. it. *La mente relazionale*, Cortina, Milano 2001.
- SIEGEL D.J. *An interpersonal neurobiology of psychotherapy. The developing mind and the resolution of trauma*, in M.F. Solomon, D.J. Siegel, *Healing trauma. Attachment, mind, body, and brain*, Norton, New York 2003, pp. 1-56.
- STERN D. (1985), trad. it. *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
- STREECK-FISCHER A., VAN DER KOLK B.A., *Down will come baby cradle and all. Diagnostic and therapeutic implications of chronic trauma on child development*, in «Australian and New Zealand Journal of Psychiatry». 34, 2000, pp. 903-18.)
- TEICHER, M.H., *Scars that won't heal. The neurobiology of child abuse*, in «Scientific American», march, 2002, pp. 68-75.
- TUDOR K., *The neopsyché. The integrating adult ego state*, in C. Sills, H. Hargaden, *Ego states*, Worth Reading, London 2003.
- VAN DER KOLK, B.A., *Trauma, neuroscience and the etiology of hysteria. An exploration of the relevance of Breuer and Freud's 1893 article in light of modern science*. In «Journal of the American Academy of Psychoanalysis», 28 (2), 2000, pp. 237-62.

- VAN DER KOLK, B.A., FISLER R., *Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories. Overview and exploratory study*, in «Journal of Traumatic Stress», 8 (4), 1995 pp. 505-525.
- VAN DER KOLK, B.A., PELCOVITZ, D., ROTH, S., MANDEL, R., MCFARLANE, A., HERMAN, J. *Dissociation, somatization and affect dysregulation. The complexity of adaptation to trauma*, in «The American Journal of Psychiatry», 153 (7), 1996, pp. 89-93.
- WOOLF V. (1928), *Orlando*, Bloomsbury, London 1993.