

## Trattamento psicoterapeutico di soggetti con traumi precoci

ALESSANDRA BIANCONI, MARIA SOLE DEL NOCE

*Summary – PSYCHOTHERAPEUTIC DYNAMIC TREATMENT OF SUBJECTS WITH EARLY TRAUMAS. Unlike in the past, countertransference is increasingly becoming a necessary, indispensable tool for comprehending patients, particularly patients with serious personality disorders and early traumas, which are the cases we most frequently encounter today. Nowadays the image of a less neutral, more participative analyst is emerging who can, in certain cases, ‘act’ within the setting (enactment), even revealing and bringing into play parts of himself (self-disclosure), in concordance with a vision of human beings as organizers of experiences and as experiential subjects. In the most critical moments of a psychodynamic psychotherapy work, particularly with traumatized and/or structurally serious patients with whom there is a risk of continual phases of stalemate or negative therapeutic reactions, psychotherapeutic work is only possible if the analyst is capable of bringing into play, or “revealing”, some parts of himself in the relationship with the patient, as in ‘feeling to encourage feeling’, ‘thinking to encourage thought’, ‘speaking to encourage speech’, and ‘recounting to encourage recounting’. When the therapeutic relationship structures a corrective emotional experience of suffering, this new experience simultaneously produces a transformation of the implicit traumatic memory, linked to primary attachment, and intra-psychically restructures the patient’s conscious and unconscious associative circuits and tie modules. Some mentions about trauma and its psychophysiology. A clinical example will be presented.*

*Keywords: TRAUMA, ATTACHMENT, COUNTERTRANSFERENCE.*

*Ogni essere grida in silenzio per essere letto altrimenti.  
Non essere sordi a queste grida.  
[...] Ma quando siamo troppo sfiniti, quando non abbiamo  
la forza di giocare, allora abbiamo bisogno di parole vere.  
Gridiamo per averne.*

...  
Simone Weil  
[120, 121]

### I. Introduzione

E’ trascorso poco più di un secolo da quando le diverse discipline che si occupano di comprendere ed alleviare la sofferenza umana, hanno portato la loro riflessione sulle conseguenze delle esperienze traumatiche, sulle vicende esistenziali ed il disagio psichico [72].

La psichiatria, la psicologia, le scuole di psicologia del profondo, le neuroscienze ed alcuni sviluppi fondamentali delle tecniche di indagine che riguardano la genetica, la neurobiologia molecolare e le tecniche di *brain imaging*, hanno cercato di isolare e di identificare gli effetti del trauma per discuterne le implicazioni sulla salute mentale e sullo sviluppo della personalità.

Oggi sappiamo che lo sviluppo della mente è il risultato delle interazioni tra processi neurofisiologici e relazioni interpersonali. I rapporti con i *caregivers* influenzano direttamente lo sviluppo delle strutture del cervello e della mente. Questa neurobiologia interpersonale è fondata sui *processi di attaccamento* [12, 38, 52, 53, 87, 101].

L'attaccamento, o bisogno di tenerezza, per Adler [1], è la tendenza innata del bambino a ricercare la prossimità fisica delle figure che si prendono cura di lui [25, 26]. L'interazione del bambino con la madre determina e modella lo sviluppo di alcune strutture cerebrali che diventeranno il substrato dei *modelli operativi interni* [24, 25, 26], ovvero di quegli schemi mentali che si creano nel dominio della memoria implicita, e che andranno a definire i comportamenti relazionali futuri. Per tali motivi, la teoria dell'attaccamento rappresenta un'area estremamente interessante per l'incontro tra psicologia, psicopatologia e neuroscienze e un valido modello di come eventi ambientali e, in particolare, esperienze relazionali precoci, possono influenzare in maniera significativa lo sviluppo di aree specifiche del cervello, al di là di ciò che era stato programmato geneticamente.

Le aree cerebrali principalmente coinvolte da questo processo sono aree del sistema limbico di destra, e, in particolare, la corteccia prefrontale orbito-frontale, un'area cui sono state attribuite funzioni complesse che vanno dalla regolazione delle risposte viscerali, agli stimoli interni ed esterni, alla processazione e attribuzione della valenza affettiva degli stimoli e delle relazioni oggettuali. La corteccia orbito-frontale, infatti, è sottoposta a una significativa fase di maturazione proprio tra i 10-12 mesi di vita del bambino, epoca alla quale, secondo quanto derivato dall'osservazione clinica, si stabilizza la relazione di attaccamento [38, 39, 40, 53, 58, 101].

Uno sviluppo neurale e psicologico sano nella prima infanzia fa perno sulla capacità di risposta sensibile e sintonica delle figure di attaccamento [25, 97]: lo sviluppo del cervello che segue dipende da come "i programmi di maturazione geneticamente programmati del sistema nervoso sono modellati dall'esperienza interpersonale" [100].

L'architettura del cervello è associativa: quando gli stimoli in ingresso innescano l'attività del cervello del neonato, i neuroni che si attivano in sincronismo, si

connettono tra loro (“rete neuronale”). Le connessioni relazionali diventano connessioni neuronali che influenzano la sensibilità di risposta del Sé alle nuove esperienze.

Un trauma che “spegne” l’area di Broca e l’ippocampo può causare un “sequestro emotivo” [59] nel quale l’amigdala, con le sue connessioni con il cervello destro, sopraffà l’ippocampo e le capacità di codificare, recuperare e contestualizzare la memoria del trauma.

Gli effetti del trauma si riconoscono nella discontinuità auto-rappresentativa [76]: il trauma impedisce un’integrazione sia neurale sia psicologica: il cervello emotivo destro viene isolato dalle risorse verbali del sinistro [22]. Il fallimento di integrazione di memorie, affetti, emozioni, ostacola una propria identità narrativa [74].

Quindi i fenomeni mentali derivano dal cervello, ma a loro volta le esperienze soggettive e relazionali influenzano il cervello.

## II. *Caso clinico*

*Terapeuta:* Ho vissuto per anni una “relazione terapeutica” con Carla che mi ha trasportato ai limiti dei miei sentimenti di alleanza e cooperazione, inglobandomi talora in una spirale perversa di manipolazione, attivando in me tutta una gamma di emozioni (identificazioni proiettive/contro identificazioni proiettive), ansia per le sue sorti, aggressività e tenerezza, ma anche desiderio di “farla finita” (nel senso di liberarmi di lei) e di liberarmi dal giogo di dipendenza regressiva, talora maligna in cui lei tendeva e inconsapevolmente, forse, voleva portarmi (“non voglio morire da sola”). Con lei ho sperimentato il dubbio nelle sue manifestazioni più profonde e quasi persecutorie ( Ho capito bene? Mi ha davvero detto così? Sarà vero? Lo crede davvero o vuole farlo credere a me?), insegnandomi cioè cos’è la confusione vera, quella che c’è dietro alle difese antiambivalenti e portandomi in uno spaventoso mondo di ombre in movimento, dove limiti e confini non erano neppure concepibili.

Grazie a lei ho compreso cosa vuol dire davvero “perversione”, ho compreso il significato profondo dei termini e dei ruoli di “vittima” e “carnefice”.

La richiesta/pretesa non verbalizzata della paziente era quella di “salvarle la vita”: richiesta onnipotente, idealizzata e grandiosa. Mi sono trovata in bilico: non potevo scoraggiare queste pretese per il rischio reale di un passaggio all’atto anticonservativo, né potevo incoraggiarle, non avendo il potere magico che lei mi attribuiva. Rimaneva un sentiero davvero stretto sul quale poter camminare!

Credo che nella vita di ogni psichiatra psicodinamico ci sia il paziente, quel paziente, che segna un confine, un prima e dopo. Per me è stata Carla. Ho nutrito per lei sentimenti ambivalenti: dalla simpatia e tenerezza all'irritazione e alla rabbia. L'ho amata e detestata, ma mai completamente, per fortuna. Una continua battaglia contro il suo reale desiderio di morte e le sue spinte, anche impulsive, autolesionistiche ed anticonservative. Ma anche contro la sua morte simbolica: una parte della sua vita psichica era come morta. L'essere vittima di abusi era l'unico modo che conosceva per sentire che esisteva e, se pur al contrario, contava qualcosa.

Poi una diagnosi cattiva: sclerosi laterale amiotrofica. La morte è di nuovo reale, anche se non più cercata né voluta. Tante fasi, ed io sempre con lei, in qualche modo. Ho imparato molto con Carla. E qualcosa ho perduto.

Ricordo bene il primo incontro: una ragazza timida, di poche parole, coartata e distante, come se fosse avvolta da una bolla impenetrabile. Attribuii la sensazione che provavo alla sintomatologia depressiva importante che esprimeva e raccontava.

Una ragazza graziosa al penultimo anno di una facoltà universitaria impegnativa: quasi alla fine del suo percorso aveva problemi a dare gli ultimi esami, forse in seguito ad una depressione successiva a una recente diagnosi di epilessia che faticava ad accettare. Lasciava trasparire poco di sé. Quasi fredda. Non sapevo allora, né potevo immaginare che con lei avrei vissuto tutta una serie di sottrazioni d'innocenza che mi avrebbero portato a sperimentare una gamma intensa di emozioni, un'altalena di sensazioni. Grazie a lei oggi so cosa vuol dire davvero la parola perversione. So cosa significa confusione.

*Carla - Sono arrivata da lei casualmente. Qualche mese prima avevo avuto la mia prima crisi convulsiva, alla quale è seguito un iter diagnostico piuttosto complicato alla fine del quale mi è stata assegnata una diagnosi non facile da accettare (epilessia mioclonica generalizzata).*

*In seguito a tutto ciò sono piombata in uno stato depressivo dal quale non riuscivo più a uscire e mia mamma, molto preoccupata per il fatto che non riuscivo più a dare esami all'università, ha insistito molto affinché iniziassi un percorso psicoterapeutico.*

*Io ero molto scettica al riguardo, anche perché arrivavo da un'esperienza simile del tutto negativa. Comunque, per non sentire più mia madre ripetere all'infinito che dovevo farlo, ho accettato.*

*Il primo incontro è stato disastroso, più che una persona, di fronte a me ho trovato un insieme di regole. Ho provato un senso di freddo intenso in quella stanza e non mi sono sentita accolta, come speravo che accadesse. Dopo il primo*

*incontro mi ha dato quindici giorni per pensare se volevo iniziare questo percorso con lei. Avrei voluto subito dirle di no, che non sarei più tornata, ma non ho trovato il coraggio di farlo. Non potevo nemmeno dire a mia mamma che non sarei più andata dopo solo un incontro, perché si sarebbe arrabbiata molto, così ho deciso che sarei andata ancora per un paio di volte e poi avrei trovato una scusa per non andarci più.*

*Anche il secondo incontro è stato disastroso: non sono riuscita a stabilire alcun contatto con la persona che avevo davanti a me. La trovavo una persona estremamente formale, che voleva penetrare nella mia vita con domande fredde, vuote. Uscendo ho pensato: ancora un incontro e poi basta! La notte dopo il secondo incontro ho fatto un sogno. Ho sognato di essere in un bosco, era buio, correvo disperatamente, stavo scappando da delle figure mostruose con il corpo metà da uomini e metà da bestie. In lontananza vedevo una casa, sapevo che dovevo raggiungerla per salvarmi dai quei mostri, ma non sapevo come fare, non avevo più forze per correre. Ad un certo punto è comparsa una macchina, alla guida c'era lei, che mi ha detto di salire sulla macchina. Sono salita e ha iniziato a guidare verso la casa. Sono andata al terzo incontro continuando a pensare a quel sogno, non ne ho parlato con lei, ma da quell'incontro qualcosa è cambiato.*

*Terapeuta:* Così è iniziata questa alleanza che ha richiesto un lavoro continuo di elaborazione controtransferale che mi ha permesso di comprendere cosa stava accadendo nel “qui ed ora” e di difendermi dai pesanti movimenti di identificazioni e controidentificazioni proiettive, salvaguardando contemporaneamente lei dalle mie risposte difensive aggressive e distanzianti.

Le sue richieste erano davvero eccessive: voleva portarmi con sé nel suo mondo, quasi a condividere simbioticamente la sua interiorità regressiva. Mi sono opposta con forza a questa modalità cercando uno spazio di condivisione più reale (*self-disclosure*).

Oggi la terapia con Carla è conclusa (dopo circa 8 anni a cadenza settimanale): ha maturato uno stile relazionale con il mondo, e anche con me, più evoluto e meno dipendente. Il distacco e la conclusione hanno richiesto molto tempo e fatica, ma è avvenuto, infine, serenamente e senza “agiti”. E' stato un percorso terapeutico che ha mobilitato moltissimo le mie risorse creative: incoraggiamento, spiegazioni, silenzi, confronti, sfide continue quasi nascoste dal ruolo profondo, dall'identità di vittima, che la paziente presentava (*embodied simulations, enactments, now-moments, self-disclosures*) [81].

Le mie difficoltà erano collegate alla grave psicopatologia della personalità di Carla che sin dalla più tenera età aveva subito pesantissimi traumi e abusi: doveva condividere con lei spazi/tempi molto primitivi e disgregati, dissociati, confu-

si e incerti. Mille volte mi ritrovavo incredula...ma “dovevo credere o lei sarebbe morta” e forse non solo simbolicamente (a questo proposito rimandiamo all’evoluzione del pensiero Individual Psicologico a proposito dei sistemi finzionali) [19, 39, 46, 49, 83, 91].

*Carla*

*Questa è la storia di una persona che non sarebbe mai dovuta nascere, ed è stata raccontata attraverso un percorso terapeutico che dura da diversi anni, grazie al quale la storia è potuta uscire dalla mente di chi l’ha vissuta e prendere forma.*

*Prima di intraprendere un viaggio bisogna decidere il punto di partenza. Il punto dal quale è partita la protagonista della storia era un luogo buio, pieno di fumo e di macerie. Ciò che si augurava di trovare, attraverso questo viaggio, era un bel edificio, bello all’esterno, ma soprattutto all’interno, solido, capace di resistere ad ogni tempesta, indistruttibile. Un edificio situato in un luogo limpido, non più avvolto da fitta nebbia e, soprattutto, un luogo sgombero da ogni maceria.*

*La strada che doveva prendere, che doveva percorrere per raggiungere questo luogo ancora non la conosceva. Tutto ciò che sapeva era che la sua vita, tutto ciò attorno a cui si era costruita la sua personalità, tutto ciò che la circondava sostenendola, tutti i suoi affetti, tutta se stessa era crollato e lei era stata sommersa dal buio della notte. Non era rimasto nulla, se non tantissime macerie sparse ovunque.*

*In quel luogo dove era rimasta sepolta si sentiva soffocare, non riusciva a respirare, non c’era un filo d’aria, era immobile, pietrificata. Era impossibile anche solo il pensiero del fare, dell’agire. Si chiedeva come poteva rimuovere le macerie se non riusciva neppure a vederle. Le arrivavano dei rumori dall’esterno, a fatica li percepiva, suoni che si perdevano lungo il loro percorso e arrivavano a lei come esili echi.*

*Ha provato a urlare il suo bisogno d’aiuto molte volte, ma nessuno la sentiva; i suoi tentativi erano vani, cercava di farsi sentire da persone sorde. Quando ha iniziato questo viaggio non aveva più parole, non aveva più voce, non aveva più forze. Era solo stanca, molto stanca, con una gran voglia di cadere in un sonno profondo.*

*Carla/Luna*

*Luna non sta bene, ha la febbre, è rimasta a casa da scuola. Distesa nel suo letto, sotto le coperte, sembra ancora più piccola di quello che è in realtà. Si sente molto debole, preferisce rimanere a letto. E’ da sola, le fa paura rimanere sola in quella casa, avrebbe voluto che la madre rimanesse a casa con lei. La casa è troppo grande per lei, le fa paura, tutto è troppo grande per Luna. Luna sente dei rumori, qualcuno sta entrando in casa, si nasconde sotto le coperte, vorrebbe scomparire tra*

*esse. Luna chiude gli occhi e cerca di volare lontano con la fantasia, immagina di essere in un mondo magico, pieno di luce, dove le case hanno tutte le pareti trasparenti perché non c'è nulla da nascondere, dove le famiglie sono composte da persone che si vogliono bene, dove i papà e le mamme si prendono cura dei loro figli e giocano con loro in mezzo a verdi prati, attraversati da limpidi ruscelli...*

*Ma improvvisamente Luna viene riportata nella sua realtà, due mani l'accarezzano con avidità, esplorano il suo piccolo corpo da bambina e arrivano dove mai dovrebbero arrivare le mani di un uomo sul corpo di una bambina. L'uomo le prende le mani e le appoggia sul suo membro già duro. Sente l'uomo ansimante che le dice di muovere le sue manine, ma lei non riesce, è paralizzata. Luna viene penetrata con violenza, il dolore è irresistibile, il tempo si dilata e diventa un tempo infinito. L'uomo le dice che ha dovuto farlo perché lei non è stata buona la sera prima, non ha voluto cenare. Luna ascolta le sue parole, sì, non si è comportata bene, è stata cattiva. Luna sa di essere una bambina cattiva e di meritare le punizioni. Cerca di alzarsi, ma le gambe non riescono a reggerla e le gira la testa. Vede le lenzuola del suo letto, ci sono disegnati degli orsacchiotti, ma anche loro sono stati cattivi, perché sono sporchi di sangue, come le sue gambe.*

### III. Trauma

Che tipo di psicoterapia può essere indicata per pazienti come Carla? Come possiamo, noi psicoterapeuti, costruire una relazione autentica con pazienti che hanno subito traumi sessuali precoci e ripetuti?

Con questi pazienti la relazione si svolge attorno ad aree traumatiche inaccessibili; ogni mutamento della distanza causa ferite: depersonalizzazione, dissociazione, svuotamento.

In questo lavoro ci interessa evidenziare il collegamento fra traumi precoci e sviluppo della personalità, traumi precoci e alterazione delle funzioni neurobiologiche, traumi precoci e difficoltà relazionali. Lo stress precoce produce effetti sui sistemi neurobiologici: nell'asse ipotalamo-pituitario-adrenalinico, nei sistemi dopaminergico, noradrenergico e serotoninergico e sui meccanismi di attaccamento [76].

E' sorprendente quanto le intuizioni di Adler abbiano ricevuto conferma dalle attuali ricerche in ambito neurobiologico [41, 45].

L'idea che le esperienze traumatiche precoci possano avere conseguenze durature sulla crescita dell'individuo, sui modi di fare esperienza delle relazioni significative e sulla capacità di modulare i propri stati di attivazione emotiva, costituisce un lascito importante delle tradizionali psicologie del profondo, così come

della scuola interpersonale statunitense, della scuola britannica delle relazioni oggettuali, della psicologia del sé e dell'intersoggettivismo [123]. Lo sviluppo delle conoscenze sugli effetti evolutivi del trauma si devono soprattutto a due tradizioni di ricerca: la teoria dell'attaccamento e l'*infant research*. Queste tradizioni hanno tradotto in costrutti scientifici le intuizioni analitiche sul ruolo fondamentale, per lo sviluppo della personalità, delle motivazioni alla protezione, alla ricerca di sicurezza affettiva, alla vicinanza ed alla condivisione emotiva con l'adulto di riferimento.

Il concetto di attaccamento disorganizzato [11] evidenzia che il reale significato traumatico di molte esperienze (maltrattamenti fisici/psichici, abusi sessuali), consta nell'inconciliabilità fra le esperienze che la figura d'attaccamento propone al bambino, e la funzione di protezione, assicurazione e sostegno che le è propria. Il bambino viene sopraffatto dall'esperienza traumatica, non solo perché investito da forti emozioni negative di paura e terrore, umiliazione, vergogna e rabbia, colpa, senso di perdita della coerenza della propria esperienza e vitalità interiore, derealizzazione, ma anche perché sperimenta la propria impotenza [22, 28] nell'attivare la sua principale fonte di assicurazione da cui, anzi, deve proteggersi.

Karlen Lyons-Ruth e Coll. [33, 79, 80] evidenziano che è soprattutto il trauma precoce delle relazioni di attaccamento, cioè la distorsione del dialogo affettivo e verbale tra il bambino e le sue figure di riferimento, a costituire la vera matrice traumatica dei disturbi dissociativi, interferendo sui processi di regolazione emozionale a livello psicofisiologico.

Il trauma psichico è un tipo di "danno", una "ferita", che in alcuni casi viene subita dalla psiche a seguito di un'esperienza critica (separazione/perdita/abuso/stress), vissuta dall'individuo (può essere un'esperienza singola o una situazione ripetuta e protratta nel tempo), le cui implicazioni soggettive, cioè le idee, cognizioni ed emozioni ad essa collegata, sono nel complesso superiori alle capacità del soggetto, in quel momento, di gestirle o di adeguarsi ad esse, cioè di integrarle nella psiche [75, 77].

Secondo l'approccio janetiano\* [66] e numerosi studi e ricerche sul trauma [116,

\* Pierre Janet (1859-1947) fu uno dei più importanti ed influenti psicologi francesi tra la fine del XIX secolo e l'inizio del XX secolo. I suoi studi sulla dissociazione ed il trauma psicologico sono considerati fondamentali per la comprensione clinica di tali tematiche, ed hanno profondamente influenzato la nascita della psicologia dinamica. Fu uno dei primi ricercatori a evidenziare una connessione diretta tra gli eventi nella vita passata di un soggetto e la sintomatologia traumatica da essi derivante; coniò i concetti e i termini di dissociazione e subconscio, e sviluppò un'importante teoria della mente basata sul concetto di livelli funzionali, destinata a risultare di grande importanza nella psicopatologia del XX secolo.

117], che hanno influenzato ampiamente la teorizzazione in quest'ambito, il trauma psicologico è un evento che, per le sue caratteristiche, risulta "non integrabile" nel sistema psichico pregresso della persona, e quindi rimane dissociato dal resto della sua esperienza psichica, causando diverse sintomatologie ed espressioni psicopatologiche.

Secondo l'ottica Individual Psicologica [2, 3, 15], un trauma rappresenta un'esperienza interiorizzata che cambia la visione del mondo del soggetto e l'interpretazione delle esperienze che egli ne fa, alterando il delicato gioco di equilibrio tra l'istanza del sentimento sociale e dell'aspirazione alla supremazia. Cioè è un'esperienza che altera lo schema appercettivo [3, 15, 46] dell'individuo, cioè l'opinione che egli ha del mondo e di sé stesso, opinione solo in parte conscia. Lo schema appercettivo è, infatti, costituito dall'insieme delle immagini simboliche ricorrenti e degli schemi cognitivi caratteristici che il soggetto utilizza nella vita e nelle relazioni.

Il trauma è un'esperienza che forgia lo stile di vita e la personalità del soggetto e può influire fortemente sul suo piano di vita. La decodificazione dello schema appercettivo del paziente costituisce un aspetto tecnico specifico della comprensione empatica del terapeuta [48, 89, 90].

Sul piano fenomenologico si è evidenziato che i sintomi conseguenti a traumi precoci e/o ad abusi sessuali sono imprevedibili e aspecifici: l'incidenza e gli effetti mutano in ragione di molte variabili, a partire dallo stesso ambiente culturale. Spesso i sintomi appaiono a distanza dai fatti. I bambini oggetto di incesto e abuso, come in altre situazioni di stress post-traumatiche, pagano il prezzo del trauma anche molto tempo dopo che l'evento è terminato.

Alcuni Autori [63, 64, 73, 114, 115] sostengono l'irreversibilità delle ferite, particolarmente a carico di una insufficiente integrazione identitaria, correlandola con la precocità dell'evento traumatico; altri autori attribuiscono all'abuso un valore patogeno mediato da alcune particolari variabili: l'età del bambino, il livello di gravità dell'abuso, il livello di partecipazione della vittima all'attività dell'abusante, il grado di parentela e la relazione con l'abusante, l'atteggiamento di sostegno o meno del genitore non abusante, gli antecedenti e gli indici di vulnerabilità psichica reperibili nell'anamnesi del bambino [27].

L'abuso sessuale precoce può essere considerato un "trauma assoluto" [9], cioè un evento concreto significativamente grave che travolge le strutture psichiche della persona, producendo un loro crollo temporaneo o una distruzione permanente. Il trauma assoluto è un evento che, qualunque sia la condizione o stadio di sviluppo o anche di aiuto esterno disponibile, ha sempre effetti devastanti. Kijak e Funtowicz [69], Lenore Terr [114], Harvey e Hermann [64] hanno

descritto una scissione dell'Io, cioè l'esistenza simultanea di due aspetti dell'Io in equilibrio instabile: l'Io attuale viene continuamente invaso dall'Io fissato alla situazione traumatica.

L'esperienza clinica e di laboratorio ha dimostrato che esistono due tipi di effetti del trauma sulla memoria. Un effetto comune è proprio la ipermnesia intrusiva del trauma in forma di flashback, ovvero brevi episodi dissociativi durante i quali il trauma è risperimentato sul piano sensomotorio o come ricordi cognitivi intrusivi [15, 64, 114,].

Un altro effetto comune sono le interruzioni nella memoria, o una completa amnesia post-traumatica non-organica nella quale, per un periodo di tempo, tutto o parte dell'evento traumatico è indisponibile al ricordo o è richiamato in modo frammentario o vago.

Il trauma, quando non sia stato completamente dissociato o rimosso torna uguale a se stesso, inalterato, nei sogni, nei ricordi, nei flashback.

Il fattore silenzio, il dover tacitare il dolore, è un elemento comune molto importante tanto nella genesi del disturbo, quanto poi nel trattamento psicoterapico della vittima. L'impatto del trauma può generare una sovversione dei confini temporali e geografici della persona: avviene uno scambio "paradossale" tra passato e presente, tra mondo interno ed esterno ed una sovversione dei ruoli tra genitore e figlio [114]. Questa caratteristica aberrazione dello spazio e del tempo è effetto della "fissazione al trauma".

Il bambino abusato, preso nella trappola della patologia familiare, si "adatta" alla difficile situazione attraverso complessi "rimaneggiamenti psichici": la dissociazione, la scissione, la trasformazione nel contrario, con la quale l'aggressore viene riconosciuto come "buono", sono tra le manifestazioni psichiche più insidiose. La vittima non fa che purificare l'aggressore attraverso l'idealizzazione, facendo propria l'immagine distorta, malvagia, proveniente da un "ambiente-specchio deformante" [10].

Non potendo pensare l'ambiente familiare come colpevole delle sue carenze, il bambino assume sé stesso come artefice del traumatismo. Come lo possiamo notare anche in Carla.

La sostituzione del reale alle fantasie, del corpo concreto a quello immaginato, aprono la strada alle patologie della mentalizzazione, che sostituiscono con l'atto l'espressione verbale ed affettiva.

Come sappiamo le esperienze traumatiche influiscono sullo sviluppo del cervello e alterano i principali sistemi ormonali [111, 112].

Le neuroscienze hanno fornito un contributo fondamentale all'ampliamento della conoscenza sul trauma in una prospettiva scientifica, in cui il trauma viene studiato alla luce dei processi dell'organizzazione delle funzioni cerebrali [67]. Le varie ricerche convergono nel sottolineare il ruolo del sistema psicobiologico di risposta allo stress [123].

Quando gli individui si trovano in condizioni di stress molto forte, specie se esteso e prolungato, secernono gli ormoni endogeni dello stress (glucocorticoidi, ormoni steroidei e cortisolo), che vanno ad incidere sulla modalità in cui i loro ricordi vengono formati [32, 117, 118].

Le aree del sistema limbico, particolarmente implicate nell'elaborazione dei ricordi con forte carica emotiva sono due: l'amigdala (significato emotivo degli stimoli afferenti) e l'ippocampo (dimensione spaziale e temporale dell'esperienza). L'azione neurotossica degli ormoni endogeni dello stress influisce tanto sull'ippocampo, che viene messo fuori gioco, quanto sull'amigdala, la quale al contrario viene attivata. Per questo – considerato, in sintesi, che l'ippocampo media la funzione della memoria esplicita, dichiarativa e l'amigdala quella implicita, emozionale – molti dettagli e circostanze del trauma (riguardando la memoria esplicita) sono dimenticati, mentre la paura e l'ansia associate possono essere innescate con relativa facilità da ogni segnale “evocativo”. Quindi assistiamo ad un potenziamento, a lungo termine, dei ricordi traumatici mediati dalla stimolazione noradrenergica dell'amigdala, che attivano complesse risposte neurovegetative.

Il sistema di difesa, quando attivato da una grave minaccia che abbiamo vissuto o a cui abbiamo assistito, implica una memorizzazione forzata e ripetitiva dell'evento: nei soggetti traumatizzati c'è la tendenza ad accedere alle tracce di memoria del trauma a spese di altri ricordi.

E' questa la base per le memorizzazioni intrusive, vivide, legate per esempio al Disturbo Post-traumatico da Stress (PTSD), o al contrario per l'oblio non rimosso [85].

L'evento traumatico può essere di vario tipo; esso tuttavia implica l'esperienza di un senso di impotenza e vulnerabilità a fronte di una minaccia, soggettiva o oggettiva, che può riguardare l'integrità e la condizione fisica della persona, il contatto con la morte oppure elementi della realtà da cui dipende il proprio senso di sicurezza psicologica (maltrattamenti e/o abusi sessuali). Il nucleo di un trauma psichico è l'ammissione della propria impotenza di fronte a esso, il vissuto

drammatico della propria totale inadeguatezza [3, 15]. Sono esperienze che lacerano il senso di continuità dell'esistenza e possono lacerare il senso di continuità della personalità: separazioni e perdite irreparabili, violenze e abusi, alienazioni, il venir meno del senso di appartenenza alla propria comunità, caduta di senso del proprio progetto di vita, crollo dei propri ideali, minacce all'integrità biologica e alla sopravvivenza.

La relazione intrapsichica, ma anche con gli altri e con il mondo, si svolge attorno ad aree traumatiche inaccessibili.

#### IV. *Relazione terapeutica*

Nel "normale" funzionamento mentale, una persona è in grado di avere accesso, simultaneamente, a tutta una serie di stati del sé che, nonostante i loro contrasti e divergenze, dialogano tra loro. Questo consente ad aspetti antitetici del sé di coesistere nella coscienza, sotto forma di conflitto intrapsichico, potenzialmente risolvibile [82]. Tuttavia l'esperienza traumatica comporta una minaccia alla possibilità di sviluppare un *Sé coeso*: se la coesione del sé è troppo pericolosa per poter essere mantenuta, viene negato l'accesso alla consapevolezza dell'esperienza incompatibile con lo stato del sé prevalente in quel momento [123].

Durante il percorso terapeutico, il paziente diventa mentalmente più capace di gestire e di opporsi creativamente all'esperienza che prima poteva essere agita solo sul piano interpersonale: diventa più capace di parlarci di sé, in un processo di riconnessione psiche-soma. Il paziente si pone in relazione con l'analista in un modo che è gradualmente più consapevole della propria soggettività [29, 30].

Numerose ricerche anche in ambito Individual Psicologico, hanno evidenziato l'importanza della piena partecipazione dell'analista alla *co-creazione* e alla *co-costruzione* della relazione terapeutica [20, 40, 42, 43, 54, 55, 92, 93, 94].

Sotto il profilo relazionale, il transfert corrisponde all'utilizzo attuale di modalità privilegiate apprese: il modo di interagire col terapeuta fornisce informazioni sulla personalità, gli stili di attaccamento e il funzionamento interpersonale del paziente [2, 21, 41, 45, 86].

Come adleriani, consideriamo il transfert e il controtransfert come espressioni dello Stile di Vita e delle emozioni sia del paziente che del terapeuta [48].

Il contro-atteggiamento, che nell'accezione Individual Psicologica attuale, indica la complessità dei movimenti transferali e controtransferali del terapeuta

verso il paziente [20]: sta diventando sempre più uno strumento necessario per la comprensione e la terapia di pazienti con gravi disordini della personalità e traumi precoci, [52, 53, 65, 107, 109]. L'analista è oggi meno neutrale e più partecipante e può in certi casi 'agire' all'interno del setting (*enactment*), fino a rivelare e mettere in gioco parti di sé (*self-disclosure*), in accordo con una visione dell'essere umano come soggetto esperienziale e organizzatore di esperienze [19, 24, 38, 39, 101].

Abbiamo visto come le varie ricerche [27, 73] mostrino l'importanza del processo di attaccamento nella genesi del PTSD e comunque nella metabolizzazione dell'evento traumatico stesso. Traumi, detachment dissociativo, rappresentazioni di sé non integrabili, conflittualità motivazionali tra attaccamento e difesa, ostacolano le relazioni interpersonali e le rappresentazioni di sé con l'altro [78].

La funzione essenziale dell'attaccamento, analogamente alla tenerezza primaria, è il bisogno di cercare ed ottenere protezione e cure in determinate fasi della vita. Nel 1908, 4 anni dopo "Über den Nervösen Charakter", Alfred Adler scrisse un testo a proposito del bisogno di tenerezza del bambino [1, 3, 4, 5, 6, 7]. In questo scritto Adler anticipa molte delle teorie psicologiche che sono state successivamente proposte: ha sostenuto che la tenerezza è una manifestazione precoce di un innato senso sociale del bambino, una caratteristica costituzionale (temperamento) della personalità, correlata ai dinamismi intrapsichici e relazionali nello sviluppo della personalità.

Brunner, Bolterauer e altri studiosi [23, 88, 89] hanno suggerito, rispettivamente, che la tenerezza primaria e l'amore primario sono bisogni vitali; a partire da questi bisogni ogni individuo è in grado di sviluppare l'autostima, la possibilità di sentirsi degno di essere amato e riconosciuto nel proprio bisogno di esistere. La qualità delle relazioni interpersonali dipende dalla qualità della tenerezza sperimentata nella relazione precoce madre-bambino, che è un prototipo di tutte le relazioni successive. L'uso della figura d'attaccamento come una base d'esplorazione del mondo, è stato chiamato il fenomeno della *base sicura* da Mary Ainsworth [11], una delle più strette collaboratrici di Bowlby. L'amore primario e la relazione d'attaccamento regolano direttamente o indirettamente:

- un sentimento di fiducia verso il mondo [34], cioè un sentimento sociale, di cooperazione ed appartenenza, ben sviluppato [38, 44];
- la valutazione degli altri e del mondo;
- lo sviluppo sociale ed emozionale.

La capacità del bambino di esplorare il mondo con fiducia, ha effetti diretti ed indiretti sulla capacità di sentirsi adeguati e competenti nel mondo [15, 106, 121], cioè è in diretta connessione con la costruzione di una buona autostima [89].

Nella specie umana l'attaccamento del bambino nei confronti della madre (o di altra figura primaria che se ne prende cura) è un prerequisito per la sua sopravvivenza ed un banco di prova per tutte le successive forme di relazione [5, 6, 24].

### *V. Mentalizzazione*

La funzione biologica del processo di attaccamento [52] sarebbe quella di creare un particolare ambiente intersoggettivo, legato alla comprensione degli stati mentali. La facoltà di mentalizzare riguarda la capacità di vedere se stessi e le altre persone in termini di stati mentali (sentimenti, convinzioni, intenzioni e desideri) e di ragionare e compiere riflessioni sul proprio e sull'altrui comportamento [105]. Mentalizzare, quindi, significa comprendere e dare un senso alle azioni proprie ed altrui [13]. Sin dalle prime formulazioni cliniche del concetto, carenze nelle capacità riflessive e di mentalizzazione, sono state messe in relazione all'evoluzione della personalità borderline, fino ad essere considerate il 'core' di questa psicopatologia [50]; inoltre, sin dall'inizio è stato postulato che specifiche difficoltà genitoriali nel riconoscere, tollerare o esprimere gli stati mentali, è una delle condizioni che favoriscono o inducono l'emergere di deficit nelle abilità di mentalizzazione dei figli. Secondo Fonagy [52] il sé psicologico si sviluppa attraverso la percezione di sé, come persona che pensa e prova sentimenti, nella mente di un'altra persona. Il fattore determinante è la capacità della madre di contenere mentalmente il bambino e di rispondergli, in termini di cure fisiche, in un modo che mostri la sua consapevolezza dello stato mentale del piccolo e al tempo stesso, la capacità di farvi fronte.

L'attività di mentalizzazione è radicata nella "funzione riflessiva", ossia la capacità di astrazione e di consapevolezza che è strettamente connessa alla capacità del bambino di etichettare e dare significato alla propria esperienza [104]. Nella prima infanzia ci sono due modalità:

- il bambino pensa che il mondo interno corrisponda alla realtà esterna (modalità dell'equivalenza psichica);
- Il bambino quando gioca, sa che l'esperienza interna può non riflettere la realtà esterna (modalità del far finta).

Intorno ai 4 anni il bambino integra queste due modalità per arrivare alla mentalizzazione, dove gli stati mentali vengono vissuti come rappresentazioni.

In bambini traumatizzati l'integrazione tra le due modalità è compromessa, e aspetti del "far finta" diventano parte di un'"equivalenza psichica".

La percezione degli stati mentali propri e altrui, dipende dall'osservazione del mondo mentale del caregiver: la buona disponibilità del genitore aumenta la pro-

babilità che nel bambino si sviluppi un attaccamento sicuro, il quale, a sua volta, facilita lo sviluppo della capacità di spiegarsi il comportamento degli altri, e quindi anche di se stessi, in termini di pensieri, sentimenti, fantasie (funzione riflessiva del Sé/“teoria della mente”). Il maltrattamento interagisce a due livelli:

- spinge il bambino a non assumere la prospettiva dell’altro, che è minacciante;
- il bambino è privo della resilienza, facilitata dalla capacità di capire situazioni interpersonali.

L’attaccamento, la mentalizzazione [50] e la funzione riflessiva sono chiavi fondamentali per lo sviluppo dell’organizzazione del Sé e della regolazione affettiva. Esse hanno una componente autoriflessiva e una interpersonale, che insieme forniscono la capacità di distinguere realtà esterna e realtà interna. Alla base della mentalizzazione vi è la capacità di modulare gli stati affettivi, che poi evolve nella capacità di scoprire i significati soggettivi dei sentimenti: questa capacità rappresenta un possibile obiettivo dei trattamenti psicoterapeutici (comprensione esperienziale dei sentimenti).

Per essere capaci di accedere all’esperienza non verbale dei nostri pazienti e rinforzare così la loro capacità di riflettere e di mettersi in uno stato di pienezza della consapevolezza mentale, dobbiamo reclutare risorse fuori del campo dell’attaccamento [119].

## VI. *Mindfulness*

Abbiamo visto che le aree cerebrali principalmente coinvolte dal processo integrativo sono aree del sistema limbico di destra e, in particolare, la corteccia prefrontale orbito-frontale.

Alla *mindfulness* [104] è stata riconosciuta la capacità di promuovere le funzioni integrative della corteccia prefrontale. Queste funzioni sono implicate in processi di regolazione corporea, di sintonia interpersonale, di stabilità emotiva, di conoscenza di sé.

Negli ultimi 20 anni le capacità e le attitudini *mindfulness* hanno portato alla nascita di trattamenti psicoterapeutici specifici e, frequentemente, sono state integrate o associate a svariate tecniche psicoterapeutiche.

La capacità “*mindfulness*” è la deliberata e non giudicante attenzione al *momento presente*, senza uno sguardo indietro, ai ricordi del passato o in avanti, nell’anticipare il futuro, e senza cercare di risolvere problemi. In questo stato si è altamente consapevoli e focalizzati sulla realtà del momento presente, e quindi disinseriti da modalità automatiche di reazione e risposta. La capacità *mindful-*

*ness* consente di interrompere i circuiti automatici di azioni e rappresentazioni del Sé [98, 102]. Questo stato della mente può essere allenato con l'esercizio: è uno stato non concettuale, non discorsivo e non linguistico che apre all'*insight* e alla comprensione profonda [98, 104].

E' importante portare l'attenzione della mente a entrare in rapporto con il corpo: risorsa potente per rafforzare la capacità dei pazienti di regolare gli affetti e il Sé [118]. Questa attenzione introcettiva è una forma di pienezza della consapevolezza mentale, che aiuta i pazienti ad ancorarsi al momento presente. Insegnare a dare un nome a ciò che percepiscono nei loro corpi significa chiamare a raccolta le loro capacità corticali di elaborare esperienze dolorose sub-corticali, cioè somatico-affettive e aiuta a integrare l'esperienza prima scissa.

La regolazione delle emozioni può essere effettivamente rafforzata quando le risorse corticali del cervello sinistro (linguaggio e interpretazione), vengono chiamate a far parte dell'elaborazione dell'esperienza subcorticale del cervello destro (sensazioni a base corporea).

Dal punto di vista Individual Psicologico [104], la *mindfulness* può essere considerata una funzione specifica del Sentimento Sociale che ci permette:

- 1) di tollerare ed accettare sentimenti di inadeguatezza ed inferiorità: deficit, vulnerabilità e limiti;
- 2) di modificare il nostro schema appercettivo e apprendere nuovi modi di percepire noi stessi, gli altri e il mondo (Stile di Vita);
- 3) di migliorare l'aggregazione delle varie istanze del Sé (funzione intrapsichica del Sentimento Sociale);
- 4) di diventare più autentici e coincidenti con noi stessi.

I concetti teorici e clinici della *Mindfulness* sono coerenti con i tre paradigmi teorici adleriani\* su cui si basa la *Adlerian Psychodynamic Psychotherapy* (APP) [41, 45, 47, 88].

\* "Il primo paradigma [88], si riferisce all'unità psicosomatica dell'individuo, secondo il quale vengono descritte le interazioni tra il corpo e la mente. Il secondo paradigma è quello della regolazione del Sé [113], che enfatizza la necessità preliminare dell'individuo di raggiungere una immagine coerente di sé. La costruzione di una coerente immagine di sé e di una identità stabile è legata al soddisfacimento dei bisogni di tenerezza primaria, che costituisce la base per lo sviluppo dell'autostima. Il terzo paradigma fa invece riferimento al concetto di moduli di legame [38, 41, 88], secondo cui il senso psicologico delle manifestazioni umane non può prescindere dalle interazioni che ogni individuo ha con i suoi simili. Le modalità, con cui si svolgono queste relazioni significative, vengono registrate all'interno dell'individuo, anche nell'inconscio, e diventano come immagini guida per orientarsi nella vita".

Le esperienze traumatiche inibiscono lo sviluppo delle capacità di mentalizzazione e di mindfulness [103]. Quando risuoniamo con i nostri stati intenzionali ed affettivi e combiniamo questa risonanza con le capacità riflessive di auto-osservazione e di etichettamento, noi creiamo una capacità di accrescere il nostro senso di connessione con noi stessi e con le altre persone [102].

Le capacità mindfulness possono accrescere e rafforzare contemporaneamente il nostro circuito della risonanza (maggiore compassione ed empatia) e i nostri circuiti pre-frontali di auto-regolazione (per la regolazione affettiva). L'empatia per le altre persone implica la capacità di modulare i propri stati risonanti in modo da non diventare l'altro, pur sentendo le sue esperienze soggettive.

Per i soggetti con un grave disturbo di personalità [51] non ci si può basare su un processo terapeutico di cambiamento legato al recupero, per via interpretativa, di idee e sentimenti minacciosi. Il coinvolgimento dei processi mentali inibiti nel qui ed ora dell'incontro analitico, diventa allora il focus della terapia, un aiuto evolutivo offerto al paziente.

La scarsa capacità di mentalizzare può avere, come effetti, una scarsa capacità di metarappresentazione (intenzionalità del pensiero proprio e altrui), una ridotta capacità di valutazione della personalità e delle situazioni relazionali, una difficoltà nella comprensione degli altri, associata a un povera qualità descrittiva ed un elevato rischio di alessitimia e/o self-harming.

Adler anticipa con grande lungimiranza, ciò che verrà riproposto dalle teorie dell'attaccamento e più tardi dalla teoria della mente: la mente adleriana non è una mente isolata, ma racchiude in sé una potentissima vocazione di natura relazionale fra il sé e l'altro da sé, ma anche tra le varie componenti del Sé. Una mente in cui componenti biologiche e temperamentali partecipano, tanto quanto l'ambiente esterno e la cultura, alla formazione del carattere dell'individuo e dunque della personalità e dello Stile di Vita.

Adler [4, 5] dà una grande importanza all'ambiente relazionale per la strutturazione del mondo, sia interno che esterno; tuttavia è importante anche riconoscere l'esistenza di un sistema motivazionale interno. Le implicazioni, anche a livello terapeutico (teoria e teoria della tecnica), sono considerevoli.

La forte caratterizzazione che Adler e suoi allievi diedero alla psicoterapia come intervento focalizzato sullo Stile di Vita dell'individuo, piuttosto che sullo specifico disturbo psicopatologico, è stata la base su cui Cloninger e i suoi collaboratori [31] hanno costruito e validato la teoria psicobiologica della personalità: è il carattere che promuove l'utilizzo dei fattori biologico-genetici del temperamento per il benessere *socialmente utile* dell'individuo. Il carattere è orientato

dalle dimensioni della cooperatività e appartenenza, da Cloninger riferite chiaramente agli studi di Alfred Adler [110].

A proposito di cosa fa funzionare la psicoterapia, i contributi di Adler sull'empatia come "tardiva assunzione della funzione materna" e "cuore della relazione psicoterapeutica" sono stati confermati nel 1977 da Kohut [70] come nucleo del percorso analitico e recentemente dagli studi di *brain imaging* sul sistema dei *mirror neurons* di Rizzolatti e collaboratori [14, 57, 58, 87].

Questi contributi hanno spostato l'attenzione dall'interpretazione (memoria esplicita) alla sperimentazione *in vivo* nell'ambito del setting analitico di un *autentico sentimento di appartenenza*, dove i processi della imitazione e contagio emotivo sono riferiti alla memoria implicita. Tale processo di identificazione imitativa, ha la caratteristica della reciprocità come Adler nel 1912 [2] rifletteva affermando che la relazione terapeutica modifica entrambi, paziente e terapeuta. *La relazione è co-creata*: questo assunto è stato confermato dalla neurobiologia e ancor prima dagli studi sui processi di attaccamento.

L'aspetto più importante del lavoro clinico è lo scambio di due soggettività, da cui nasce "materiale non prevedibile cocreato" [109]. I momenti di incontro (*now moments*) sono i prodotti per eccellenza del dialogo intersoggettivo paziente-terapeuta: sono momenti spontanei, autentici, quando l'analista fuoriesce dai confini della tecnica, del rituale analitico, momenti chiave che determinano il cambiamento [108].

Le esperienze traumatiche intervengono sui processi di attaccamento, sulle capacità di mentalizzazione e sulle funzioni riflessive: se precoci e ripetute, contribuiscono a creare alterazioni nello sviluppo e strutturazione dell'identità e quindi aprono la strada a possibili situazioni psicopatologiche e difficoltà dell'integrazione del Sé che si manifestano soprattutto come funzionamenti alterati della personalità e deficit di mentalizzazione.

## VII. *Relazione terapeutica*

Una delle conseguenze del deficit della mentalizzazione è che questi pazienti non sono in grado di costruire la propria socializzazione su base identificatoria ed empatica. Il terapeuta è sottoposto talvolta a comportamenti aggressivi, manipolativi o perversi, altre volte a richieste narcisistiche e seduttive di accudimento, che si esprimono attraverso bisogni idealizzati e difensivi di tenerezza. Spesso mettono in atto meccanismi di espulsione ed evacuazione nel soma come organizzazione biologica: le formazioni reattive servono ad espellere e a non elaborare. Somatizzano e /o "agiscono" anziché pensare.

Kruttke Ruping [71] sottolinea il modo particolare con cui questi pazienti utilizzano la scissione a livello relazionale, caratterizzato dallo “sfruttamento”: da una parte mostrano la loro “debolezza” nel tentativo di attaccarsi anacliticamente all’altro idealizzato per poterne diventare l’oggetto d’amore prediletto, dall’altra parte mostrano la loro “forza” nei continui e ripetuti tentativi di svalutazione dell’altro e del mondo.

Nella relazione con questi pazienti si vivono sentimenti molto contrastanti [47, 52, 62]; frequentemente ci si sente invasi o espulsi, oppure sfiniti dalle continue richieste di trattamenti “speciali”, di disponibilità assoluta, di contatto fisico e talvolta sessuale. Il terapeuta deve porre continua attenzione per prevenire gesti autolesionistici o anticonservativi.

La letteratura scientifica pone grande attenzione alle vicende transferali e controtransferali nel trattamento di pazienti con traumi precoci e disturbi di personalità [60, 99].

In Psicologia Individuale il transfert è inteso come fenomeno spontaneo ed ubiquitario delle relazioni umane. Sotto il profilo relazionale corrisponde all’utilizzo attuale di modalità privilegiate apprese: il modo di interagire col terapeuta fornisce informazioni sulla personalità, gli stili di attaccamento ed il funzionamento interpersonale del paziente, dal momento che, fin dalla nascita, tutto l’essere del bambino si sviluppa nel contesto delle esperienze con gli altri [37, 42].

Sotto il profilo intrapsichico, il transfert esprime precoci “moduli di legame” [16, 18, 43, 45, 93, 94, 95, 96] interiorizzati, ovvero permette di comprendere in che modo queste relazioni significative sono state inconsciamente registrate all’interno dell’individuo e strutturano la psiche. Analogamente, il controatteggiamento include “tutta la reazione emozionale del terapeuta nei confronti del paziente durante il trattamento” [68] e quindi comprende “le emozioni e lo stile di vita del terapeuta” [48]: cioè i movimenti relazionali tra paziente e terapeuta sono riferibili oltre agli aspetti transferali e controtransferali, anche a quanto accade realmente tra entrambi.

E’ importante che il terapeuta riconosca se le emozioni e gli affetti che sta sperimentando vengono dal paziente (controatteggiamento), come per esempio nel caso dell’identificazione proiettiva, oppure se provengono dalla sua esperienza interna, dal suo proprio transfert, come un bisogno, per esempio, di espellere il paziente o, al contrario, un bisogno di renderlo dipendente da lui.

Un terapeuta che sia a disposizione autentica del paziente è in grado di riconoscere questi sentimenti e di usarli a vantaggio del paziente [38].

La letteratura sottolinea le funzioni protettive del *setting time-limited* contro il rischio di una relazione terapeutica dipendente e fortemente regressiva. In ogni caso l'utilizzo di un setting rigoroso, una continua supervisione degli aspetti teorici e delle dinamiche emotive, un serio training personale, rappresentano strumenti importanti per proteggersi dai rischi di agiti aggressivi ed espulsivi o dall'instaurare relazioni dipendenti [37, 39].

La scelta degli strumenti tecnici da utilizzare non dipende solo dal progetto terapeutico, ma anche dalla qualità profonda dell'alleanza terapeutica [43, 93, 96].

Assume particolare importanza, in questo processo, l'attitudine del terapeuta a non perdersi nel labirinto delle identificazioni e proiezioni reciproche. Le *identificazioni* e le *controidentificazioni* del paziente potranno favorire lo sviluppo del suo sé oltre gli schemi della dipendenza regressiva, proprio quando si incontrano con il sé creativo dell'analista [88]. In tale contesto, l'empatia dell'analista e l'estrinsecazione, verbale o no, di questa, è legata al riconoscimento delle autentiche potenzialità progettuali del paziente [36, 39].

La comprensione empatica interiorizza a livello procedurale, implicito e inconscio, gli aspetti non verbali del comportamento, i microagiti e le espressioni emotive l'uno dell'altro che fanno quindi riferimento alla *memoria implicita, inconscia e pre-simbolica* [38].

Questi momenti sono "reali", ricchi di esperienza affettiva, di scambio intersoggettivo e di riconoscimento reciproco; sono questi momenti quelli che, con tutta probabilità, inducono cambiamenti nella "memoria procedurale" del paziente: aprono il paziente a esperienze e vissuti nuovi, lo conducono verso strade che aprono nuove possibilità comportamentali ed affettive.

La psicoterapia rappresenta una nuova relazione di attaccamento che è in grado di ristrutturare la memoria procedurale implicita, attaccamento-correlata. Questo modello richiede un terapeuta emotivamente coinvolto, poiché l'apprendimento affettivo implicito dipende da una vivida esperienza affettiva del terapeuta, adatta alla crescita del Sé del paziente [19, 38, 39]: il paziente si sente "sentito", cioè sente che nella nostra mente vi è un'immagine chiara della sua mente [57, 58].

L'essenza del processo terapeutico [92, 93] consiste, infatti, nel passaggio dallo svolgimento di "funzioni" da parte del terapeuta alla "formazione di strutture" psichiche stabilmente acquisite dal paziente, attraverso un tragitto che parte dall'"uso" che il paziente fa del terapeuta (prendere in prestito la personalità del terapeuta), passa attraverso l'"identificazione" del paziente col terapeuta, e termina con l'introyezione delle funzioni del terapeuta, che vengono modificate, trasmutate in maniera assimilabile, e infine fatte proprie, a integrare le strutture del Sé [37, 41].

Quando i pazienti avvertono la nostra autentica preoccupazione e la nostra capacità di *portarceli dentro* grazie alla percezione del loro stato interno e nel corso del tempo per mezzo dei nostri ricordi di loro, i pazienti si sentono sentiti da noi e sintonizzati con noi.

La sintonizzazione interiore stimola l'attivazione e la crescita del cervello: *"Dove va l'attenzione, lì si attivano i neuroni...e si possono riconnettere"* [102].

La *relazione implicita condivisa* sarebbe il fulcro del cambiamento.

Questi percorsi intrapsichici e relazionali, resi evidenti dalle neuroscienze sono le basi delle strategie procedurali di incoraggiamento, come aspetti centrali nel processo di cambiamento [38, 39].

Per accedere a ciò che i nostri pazienti non possono tradurre in parole, dobbiamo sintonizzarci con la nostra esperienza soggettiva: gli agiti, le evocazioni, i messaggi non verbali sono i principali mezzi con i quali i pazienti – e i terapeuti ! - comunicano ciò che hanno conosciuto ma non pensato, e di cui, pertanto, non sanno parlare o di cui parlano per interposta finzione.

Spostando l'attenzione dal contenuto esplicito all'esperienza implicita, gli obiettivi della terapia si orienteranno più sull'approfondimento e l'arricchimento dell'esperienza, che sulla comprensione del suo significato: questo richiede al terapeuta una particolare consapevolezza del proprio mondo interno e finzionale, oltre che di quello del paziente.

## VIII. *Conclusioni*

*Carla*

*Sono andata al terzo incontro continuando a pensare a quel sogno, non ne ho parlato con lei, ma da quell' incontro qualcosa è cambiato. Ho visto la persona che avevo di fronte con occhi diversi e ho pensato che valesse la pena provare ad iniziare un percorso con lei.*

*E così è iniziato un percorso faticoso, duro, che ha cambiato la mia vita. Un percorso che in alcuni momenti mi ha dato delle gioie infinite e che in altri mi ha fatto sprofondare nella disperazione più profonda. Un percorso che, nonostante tutto, mi ha salvato la vita.*

*All'inizio non sapevo assolutamente dove mi avrebbe portato questo viaggio, non potevo nemmeno immaginare lontanamente tutto ciò che sarebbe accaduto. Conoscevo solo il punto di partenza di questo viaggio, un luogo buio, pieno di*

*fumo e di macerie. Un luogo dove non c'era un filo d'aria, dove la luce non era in grado di penetrare, dove mi sentivo paralizzata, pietrificata, imprigionata dalla mia stessa vita. Dove era impossibile anche solo il pensiero del fare, dell'agire.*

*Il mio stato depressivo non era dovuto alla diagnosi che mi avevano fatto, c'era molto di più dietro e io lo sapevo.*

*C'è voluto molto tempo prima che riuscissi a fidarmi di questa persona. E' stata una fiducia che si è costruita seduta dopo seduta, molto lentamente ma che è arrivata ad essere una fiducia piena, incondizionata, verso l'altra persona. Questa fiducia ha iniziato a prendere forma quando in lei non ho più visto un terapeuta disposto ad ascoltarmi per quarantacinque minuti alla settimana e basta, ma una persona che si prendeva cura di me, una persona che soffriva con me, che aveva paura come me, che c'era quando avevo bisogno. Ci sono stati anche momenti difficili in questo rapporto, momenti di lunghi silenzi, per me dolorosissimi, momenti in cui mi sono sentita "tradita", abbandonata, ma siamo sempre riuscite a superarli, abbiamo chiarito e siamo andate avanti.*

*All'inizio attraverso i sogni, poi con i ricordi, è riuscita a penetrare nel mio mondo, sempre con molta discrezione.*

*Insieme abbiamo cercato di ricostruire il mio passato. Abbiamo percorso strade che avevo completamente dimenticato, siamo tornate in luoghi del passato mostruosi, siamo entrate nel mondo degli orrori insieme. Lei mi è sempre stata accanto, non si è mai tirata indietro, ha avuto il coraggio di entrare nel mio dolore e di immergersi nel mio vuoto. In alcuni momenti è riuscita a spezzare il cerchio della solitudine che mi ha sempre circondata.*

*Mi ha insegnato molto questa persona, mi ha insegnato a cercare vie alternative, mi ha insegnato il valore di un sorriso, di un abbraccio, facendomi provare sentimenti a me sconosciuti. Mi ha insegnato a volermi bene e soprattutto l'importanza e la bellezza della vita.*

*Un forte vento ha spazzato via la mia nebbia. Ora riesco a vedere, per la prima volta, la luce del sole. E' bellissima, è calda, avvolgente. E' la speranza.*

*Vedo tutto ciò che c'è attorno a me, vedo tutto ciò che la vita mi ha donato. Nonostante tutto ho ricevuto tanto da questa vita. Ora vorrei essere io a poter dare qualcosa agli altri.*

*La diagnosi è sempre spietata e il tempo che mi rimane sta finendo, ma io non ho più paura. Se mi fermo e guardo indietro sono soddisfatta di ciò che ho fatto.*

*Certo vorrei avere più tempo per poter realizzare i miei ultimi desideri, per poter restituire il bene che ho ricevuto e per poter trasformare la mia esperienza in un aiuto per gli altri, ma sono comunque felice e serena.*

*In questa attesa non sono sola. Durante quest'ultimo viaggio che ho affrontato è stata lei a darmi la forza per resistere, per non mollare. Era come se fosse accanto a me. Lei ha questa grande capacità di fare sentire la sua presenza e di trasmettere la sua forza anche quando non c'è.*

*Lei mi ha chiesto di scrivere una fiaba per bambini, ma non ci riesco proprio. Ho incominciato invece a rileggere il nostro "libro". Quante emozioni mi provoca. La mia emozione era già grande prima di incominciare a scriverlo, perché pensavo a quanto dolore, quanta fatica, rabbia, umiliazioni, aspettative disattese, abbandono, dovevano esserci dietro il "coraggio" di raccontarsi. Leggendolo l'emozione si è trasformata in commozione, ed è aumentata al pensiero che qualcuno l'avrebbe letto, che mi avrebbe in qualche modo ascoltata, rispettata e che non avrebbe invece provato pietà...*

Un ringraziamento particolare a Carla,  
anche per l'autorizzazione ad utilizzare i suoi scritti.

## Bibliografia

1. ADLER, A. (1908), *Das Zärtlichkeitsbedürfnis des Kindes*, in ADLER, A., FURTHMÜLLER, C. (a cura di, 1914), *Heilen und Bilden*, *Riv. Psicol. Indiv.*, 59: 7-15 (2006).
2. ADLER, A. (1912), *Über der nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Newton Compton, Roma 1971.
3. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
4. ADLER, A. (1924), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, 2° ed. tr.it. *Prassi e teoria della psicologia individuale*, Astrolabio, Roma 1967.
5. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo nella Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1975.
6. ADLER, A. (1930a), *Die Seele des Schwereerziehbaren Schulkindes*, tr. it. *La psicologia del bambino difficile*, Newton Compton, Roma 1993.
7. ADLER, A. (1930b), *The education of Children*, tr. it. *Psicologia dell'educazione*, Newton Compton, Roma 1993.
8. ADLER A. (1935), I concetti fondamentali della Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 33: 5-9 (1993).
9. ADLER, H. (1995), Recall and repetition of a severe childhood trauma. *Int., J. Psycho-Anal.* 76: 927.
10. AGOSTINI, D. (1992), *La complexité des "metiers impossibles"*. in GABEL, M. (a cura di), *Les enfants victimes d'abus sexuels*, Puf, Paris.
11. AINSWORTH, M. D. S. (2007), *I modelli dell'attaccamento*, (raccolta di articoli a cura di N. Dazzi), Raffaello Cortina, Milano.
12. AINSWORTH, M. D. S., BLEHAR, M. C., WATERS, E., WALL, S. (1978), *Patterns of Attachment: a Psychological Study of the Strange Situation*. Erlbaum, Hillsdale, NJ.
13. ALLEN, J. G., FONAGY, P. (2002), *The Development of Mentalizing and its Role in Psychopathology and Psychotherapy*, tr. it. *La mentalizzazione. Psicopatologia e trattamento*, Il Mulino, Bologna 2008,
14. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV ed. Text Revision*, tr. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali IV-TR.*, Masson, Milano 2002.
15. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
16. BENDER, D. S. (2005), The therapeutic alliance in the treatment of personality disorders., *J.Psychiatr. Pract.*, 11:73-87.
17. BENEDETTI, G. (1989), Modelli interpretativi e conoscitivi della personalità in psicoanalisi. Lettura magistrale. *Atti del Congresso: Personalità e psicopatologia*, ETS, Pisa 1990.
18. BERETTA, V., DESPLAND, J. N., DRAPEAU, M., MICHEL, L., KRAMER, U., STIGLER, M., DE ROTEN, Y. (2007), Are relationship patterns with significant others reenacted with the therapist? A study of early transference reactions, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 195: 443-450.
19. BIANCONI, A. (2010), Finzione e contro-atteggimento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 7-27.
20. BIANCONI, A., CAIRO, E., CHIODO MARTINETTO, R. (2006), "Dissocialità e controatteggimento nella psicoterapia dei disturbi di personalità: riflessioni su alcuni casi

clinici". *XX Congr. Naz. SIPI*, Milano.

21. BIANCONI, A., FERRERO, A. (2004), L'apprendimento di una corretta metodologia clinica come etica nella formazione in psicoterapia, in *Quaderni dell'Ordine degli Psicologi del Piemonte*, vol. 2: "Etica e formazione alla psicoterapia", L'Artistica Editrice, Torino.

22. BIFULCO, A., MORAN, P. (2007), *Il bambino maltrattato: le radici della depressione nel trauma e nell'abuso infantile*, Astrolabio-Ubaldini, Roma.

23. BOLTERAUER, L. (1982), Die narzisstisch gestorte Persönlichkeit in Psychoanalytischen Aspekt von Kohut in Individualpsychologischen Aspekt. *Z. f. Individualpsych.*, 6:76-84.

24. BOWLBY, J.(1969), *Attachment and Loss*, vol. 1, tr. it. *Attaccamento e perdita. Vol. I: L'attaccamento alla madre*, Bollati Boringhieri, Torino 1999.

25. BOWLBY, J.(1973), *Attachment and Loss*, vol.2, tr. it. *Attaccamento e perdita. Vol. II: La separazione dalla madre*, Bollati Boringhieri, Torino 2000.

26. BOWLBY, J. (1980), *Attachment and Loss*, vol.3, tr. it. *Attaccamento e perdita. Vol. III: La perdita della madre*, Bollati Boringhieri, Torino 1983.

27. BREWIN, C. (2003), *Post Traumatic Stress Disorder – Malady or Myth?*, Yale University Press, London.

28. BREWIN, C. R., ANDREWS, B., ROSE, S. (2000), Fear, helplessness and horror in posttraumatic stress disorder: Investigating DSM-IV criterion A2 in victims of violent crime, *Journ Traumatic Stress*, 13, 3: 499-509.

29. BROMBERG, P. M. (1994), 'Parla che riesco a vederti!' Alcune riflessioni su dissociazione, realtà e ascolto psicoanalitico. tr. it. *Clinica del trauma e della dissociazione. Standing in the Spaces*, Raffaello Cortina, Milano 2007.

30. BROMBERG, P. M. (2009), E' stato il gorilla. Alcune considerazioni sullo stato dissociativo, il reale ed il realtente reale, in WILLIAMS, R. (a cura di, 2009), *Trauma e relazioni. Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee*, Raffaello Cortina, Milano.

31. CLONINGER, C. R., SVRAKIC, D. M., PRYZBECK, T. R., (1993), A psychobiological model of temperament and character, *Arch. Gen. Psychiatry*, 50: 975-990.

32. DE BELLIS, M. D. (2001), Developmental traumatology: the psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment and policy, *Development and Psychopathology*, 13: 539-564.

33. DUTRA, L., BIANCHI, B., SIEGEL, D. J., LYONS-RUTH, K. (2009). The relational context of dissociative phenomena. in DELL, P. F., O'NEIL, J. (a cura di), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. Routledge, New York (pp. 83-92).

34. ERIKSON, H. E. (1950), *Childhood and Society*, tr. it. *Infanzia e società*, Armando, Roma 1963.

35. FASSINO, S. (1984), Per una teoria individualpsicologica delle relazioni endopsichiche: il sentimento sociale e il dialogo interiore, *Riv. Psicol. Indiv.*, 24-25: 38-58.

36. FASSINO, S., (1990), Le due istanze fondamentali nel processo analitico, *Ind. Psychol. Doss.*, II. S.A.I.G.A., Torino.

37. FASSINO, S., (1995), Psicoterapia breve a orientamento individualpsicologico: riflessioni sull'agente terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 38: 43-52.

38. FASSINO, S. (2009), Empatia e strategie dell'incoraggiamento nel processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 15-19.

39. FASSINO, S. (2010), Finzioni e processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 59-79.

40. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P. (2007), *Manuale di psichiatria*

*biopsicosociale*, C.S.E., Torino.

41. FASSINO, S., AMIANTO, F., FERRERO, A. (2008), Brief Adlerian psychodynamic psychotherapy: theoretical issues and process indicators, *Panminerva Med.*, 50:165-175.
42. FASSINO, S., FERRERO, A. (1982), A proposito dell'identificazione transindividuale al servizio dell'agente terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 9-10: 159-167.
43. FERRERO, A. (2004), Moduli di legame e qualità della relazione terapeutica, in ROVERA G. G., DELSEDIME, N., FASSINO, S., PONZIANI, U. (a cura di), *La ricerca in Psicologia Individuale. Contributi teorici, metodologici e pratici*. C.S.E., Torino.
44. FERRERO, A. (2009), Le strategie dell'incoraggiamento nelle psicoterapie time-limited. *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 15-19..
45. FERRERO, A. (2009), *Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP): un trattamento possibile nei dipartimenti di salute mentale*, Ed. Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, Torino.
46. FERRERO, A. (2010), Il lavoro sulle finzioni in psicoterapia: il significato del setting, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 81-93.
47. FERRERO, A., SIMONELLI, B. (2006), Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP): psicoterapia time-limited per pazienti con organizzazione borderline di personalità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 59: 13-38.
48. FERRIGNO, G. (2005), Il "piano di vita", i processi selettivi dello "stile di vita" e la comunicazione intenzionale implicita nella "coppia terapeutica creativa": dalla "teoria" alla "clinica", *Riv. Psicol. Indiv.*, 58: 59-97.
49. FERRIGNO, G. (2010), La rete delle finzioni nella relazione terapeutica attraverso il tempo passato-presente-futuro. *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 95-110.
50. FONAGY, P., (1991), Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient, tr. it. Pensare sul pensiero: osservazioni cliniche e teoriche sul trattamento di un paziente borderline, in LINGIARDI, V., AMMANNITI, M. (a cura di, 2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano.
51. FONAGY, P., MORAN, G., TARGET, M., (1993), Aggression and the psychological self, tr. it. L'aggressività e il Sé, in LINGIARDI, V., AMMANNITI, M. (a cura di, 2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*. Raffaello Cortina, Milano.
52. FONAGY, P., TARGET, M. (1997), *Attachment and Reflective Function: Their Role in Self Organization*, tr. it. *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano 2001.
53. FONAGY, P., TARGET, M. (2007), The rooting of the mind in the body: new links between attachment theory and psychoanalytic thought. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 55: 411-456.
54. FOSSHAGE, J. (2004), La dimensione esplicita e quella implicita nel cambiamento in psicoanalisi, *Quaderni de Gli Argonauti*, 8: 53-76.
55. FOSSHAGE, J. (2004), *The role of empathy and interpretation in the therapeutic process: Commentary on discussions of Salee Jenkins's Clinical Case* (Progress in Self Psychology, Vol.18), in *Transformations in Self Psychology*, Progress in Self Psychology, Vol. 20, ed. W. Coburn. Hillsdale, NJ: The Analytic Press. pp. 325-334.
56. GABBARD, G. O., WESTEN, D. (2003), Rethinking therapeutic action., *Int. J. Psychoanal.*, 84: 823-841.
57. GALLESE, V. (2003), The roots of empathy: The shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity, *Psychopathology.*, 36: 171-180.
58. GALLESE, V., EAGLE, MORRIS, M. N., MIGONE, P. (2007), Intentional

Attunement: Mirror Neurons and the Neural Underpinnings of Interpersonal Relations, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 55: 131-176.

59. GOLEMAN, D. (2002), Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder, *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 36: 9-30,

60. GREENE, L. R., ROSENKRANTZ, J., MUTH, D. Y. (1986), Borderline defenses and countertransference: research findings and implications. *Psychiatry*, 49: 253-264.

61. GUNDERSON, J. G. (2001), *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*, tr.it. *La personalità borderline. Una guida clinica*, Raffaello Cortina, Milano 2003.

62. GUNDERSON, J. G., SABO, A. N. (1993), Il trattamento del disturbo borderline di personalità: una rassegna critica, in PARIS, J. (a cura di, 1994), *Borderline Personality Disorder: A Multidimensional Approach*, tr. it. *Il Disturbo Borderline di personalità. Etiologia e trattamento*, Raffaello Cortina, Milano 1995.

63. GUNDERSON, J. G., SABO, A. N. (1993), The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD, *Am. J. Psychiatry*, 150: 19-27.

64. HARVEY, M. R., HERMAN, J. L. (1992), The Trauma of Sexual Victimization: Feminist Contributions to Theory, Research, and Practice, in *The National Center for Post-Traumatic Stress Disorder PTSD Research Quarterly*, Volume 3, n. 3, Summer 1992.

65. HOFFMAN, I. (1998), *Ritualità e spontaneità nella situazione psicoanalitica*, Astrolabio, Roma 2000.

66. JANET, P. (1889), *L'automatisme psychologiques*, Alcan, Paris.

67. KANDEL, E. R. (1999), Biology and the Future of Psychoanalysis: a New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited, *Am. J. Psychiatry*, 156: 505-524.

68. KERNBERG, O. F. (1975), *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, tr. it. *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Boringhieri Torino 1978.

69. KIJAK, M., FUNTOWICZ, S. (1980), El síndrome del sobreviviente de situación extrema, *Revista de Psicoanalisis*, Tomo XXXVII, n.6.

70. KOHUT, H. (1977), *The Restoration of the Self.*, tr. it. *La guarigione del Sé*, Boringhieri, Torino 1980.

71. KRUTTKE RÜPING, M. (1986), Transfert, controtransfert e resistenza. *Indiv. Psychol. Doss. II*, S.A.I.G.A., Torino 1990.

72. LAPLANCHE, J., PONTALIS, J. B. (1967), *The Language of Psycho-Analysis*, tr. it. *Enciclopedia della Psicoanalisi*, Laterza, Roma-Bari 1993.

73. LAUTERBACH, D., BAK, C., REILAND, S., MASON, S., LUTE, M. R., EARLS, L. (2007), Quality of parental relationships among persons with a lifetime history of post-traumatic stress disorder, *Journal of Traumatic Stress*, 20: 161-172.

74. LEDOUX, J. (1996), *The Emotional Brain*, tr. it. *Il cervello emotivo. Alle origini delle emozioni*, Baldini e Castoldi, Milano 2003.

75. LIOTTI, G. (1992), La disorganizzazione dell'attaccamento come modello per comprendere la patologia dissociativa, in SOLOMON, J., GEORGE, C. (a cura di), *L'attaccamento disorganizzato*, Il Mulino, Bologna 2007.

76. LIOTTI, G. (2004), Trauma, Dissociation, and Disorganized Attachment: Three Strands of a Single Braid, *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 41: 472-486.

77. LIOTTI, G. (2006), A model of dissociation based on attachment theory and research, *J. Trauma Dissociation*, 7: 55-73.

78. LIOTTI, G., FARINA, B. (2011), *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*, Raffaello Cortina, Milano.
79. LYONS-RUTH, K. (1998), The Process of Change Study Group. Implicit relational knowing: its role in development and psychoanalytic treatment, *Infant Mental Health J.*, 19: 282-289.
80. LYONS-RUTH, K., JACOBVITZ, D. (1999), *Handbook of attachment: Theory, Research and Clinical Implications*, Guilford Press, New York.
81. MANCIA, M. (2007), *Psicoanalisi e neuroscienze*, Springer-Verlag, Milano.
82. MITCHELL, S. A. (1995), Response to Charles Brenner, nov. 1995: testo presentato alla *Columbia Association for Psychoanalytic Medicine*.
83. PAGANI, P. L. (2010), Le finzioni e le antitesi, Editoriale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 3-6.
84. PAGANI, P. L., FERRIGNO, G. (1999), Transfert e controtransfert nel "setting" adleriano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 46: 27-41.
85. PUTNAM, F. W. (1997), *La dissociazione nei bambini e negli adolescenti: una prospettiva evolutiva*, Astrolabio, Roma 2005.
86. RACKER, H. (1982), *Transference and Countertransference*, Karnac Books, London.
87. RIZZOLATTI, G., SINIGAGLIA, C., (2006), *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*, Raffaello Cortina, Milano.
88. ROVERA, G. G. (1988), La psicologia Individuale: concetti fondamentali. *Indiv. Psychol. Doss.*, I, S.A.I.G.A., Torino.
89. ROVERA, G. G. (1992), La Psicologia Individuale, in PANCHERI, P., CASSANO, G. P., (a cura di), *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano.
90. ROVERA, G. G. (1998), La Psicologia Individuale come modello di rete e rete di modelli, *Seminario S.A.I.G.A.*, Torino.
91. ROVERA, G. G. (2010), Peripezie della finzione. *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 129-171.
92. ROVERA, G. G. (a cura di, 1996), *Il paziente borderline. Aspetti clinici, psicopatologici e terapeutici*. C.S.E., Torino.
93. ROVERA, G. G. (1982), Transmotivazione: proposta per una strategia dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-47.
94. ROVERA, G. G., DELSEDIME, N., FASSINO, S., PONZIANI, U. (a cura di, 2004), *La ricerca in Psicologia Individuale. Contributi teorici, metodologici e pratici*. C.S.E., Torino.
95. ROVERA, G. G., FASSINO, S., FERRERO, A., GATTI, A., SCARSO, G. (1984) Il modello di rete in psichiatria. Considerazioni preliminari, *Rass. di Ipnosi, Min. Med.*, 75: 1-15.
96. ROVERA, G. G., FERRERO, A. (1983), A proposito di interpretazione e comunicazione in psicoterapia, in ROSSI, R. (a cura di), *Linguaggio e comunicazione in psicoterapia*, Massaza & Sinchetto, Torino.
97. SCHORE, A. N. (2010), Relational Trauma and the Developing Right Brain: The Neurobiology of Broken Attachment Bonds, in BARADON, T. (a cura di), *Relational trauma in infancy*, Routledge, London.
98. SEGAL, Z., WILLIAMS, J. M., TEASDALE, J. (2001), *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*, Guilford Press, New York.
99. SELZER, M. A., KOENIGSBERG, H. W., KERNBERG, O. F. (1987), The initial contract in the treatment of borderline patients. *Am. J. Psychiatry*, 144: 927-930.

100. SIEGEL, D. J. (2006), An Interpersonal Neurobiology Approach to Psychotherapy, *Psychiatric Annals*, 36: 4.
101. SIEGEL, D. J. (1999), *The Developing Mind: Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience*, tr. it. *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Raffaello Cortina, Milano 2001.
102. SIEGEL, D. J. (2007), *The mindful brain*, tr. it. *Mindfulness e cervello*, Raffaello Cortina, Milano 2009.
103. SIEGEL, D. J. (2010), *Mindsight*, tr. it. *Mindsight- La nuova scienza della trasformazione personale*, Raffaello Cortina, Milano 2011.
104. SIMONELLI, B., FASSINA, S., CAIRO, E., BIANCONI, A. (2011), "Mindfulness interventions in the treatment of patients with Borderline Personality Organization". 25° *International Congress of Individual Psychology*, Vienna (Acta).
105. SIMONELLI, B., CAIRO, E., FASSINA, S., FERRERO, A. (2011), G-APP. Group-Adlerian Psychodynamic Psychoeducation per genitori di adolescenti con organizzazione borderline di personalità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 70: 77-101.
106. SROUFE, L. A. (2005), Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood, *Attachment & Human Development*, 7: 349-367.
107. STERN, D. (1985), *The Interpersonal World of the Infant*, tr. it. *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino 1987.
108. STERN, D. (2004), *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*, tr. it. *Il momento presente*, Raffaello Cortina, Milano 2005.
109. STERN, D. N., SANDER, L. W., NAHUM, J. P., HARRISON, A. M., LYONS-RUTH, K., MORGAN, A. C., BRUSCHWEILER-STERN, N., TRONICK, E. Z. (1998), Non-interpretative mechanisms in Psychoanalytic therapy. The "something more" than interpretation. The Process of Change Study Group, *Int. J. Psychoanal.*, 79: 903-921.
110. SVRAKIC, D. M., CLONINGER, R., STANIC, S., FASSINO, S. (2003), Classification of personality disorders: Implications for treatment and research, in SOARES, J. C., GERSHON, S., *Handbook of Medical Psychiatry*, Marcel Dekker, New York: 117-148.
111. TEICHER, M. H., GLOD, C. A., SURVEY, J., SWETT, C. (1993), Early childhood abuse and limbic system rating in adult psychiatric out patients, *Journ. of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 5: 301-306.
112. TEICHER, M. H., ITO, Y., GLOD, C. A., ANDERSON, N. D., ACKERMAN, E., (1997), Preliminary evidence for abnormal cortical development in physically and sexually abused children using EEG coherence and MRI, in YEHUDA, R., MCFARLANE, A. C. (a cura di), *Psychobiology of Post-traumatic Stress Disorder.*, *The New York Academy of Sciences*, New York 821:160-175.
113. TENBRINK, D. (1997), Zur Theorie und Praxis der psychodynamischen Kurzpsychotherapie, *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 1: 3-31.
114. TERR, L. (1994), I traumi infantili. Una rassegna ed una visione d'insieme delle caratteristiche principali, in WILLIAMS, R. (a cura di, 2009), *Trauma e relazioni. Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee*, Raffaello Cortina, Milano.
115. VAN DER KOLK, B. A., MCFARLANE, A. C., WEISAETH, L. (2005), *Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*, Edizioni Magi, Roma.
116. VAN DER KOLK, B. A. (1989), Compulsion to Repeat the Trauma: reenactment, revictimization and masochism, *Psychiatric Clinic of North America*, 12: 389-411.

117. VAN DER KOLK, B. A. (1996), Il corpo tiene il conto. Introduzione alla psicobiologia del disturbo post-traumatico da stress, in WILLIAMS, R. (a cura di, 2009), *Trauma e relazioni. Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee*, Raffaello Cortina, Milano.
118. VAN DER KOLK, B. A. (2006), Clinical Implications of Neuroscience Research in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol. 1071, Issue 1, July 2006, pp. 277–293. *Article first published online*: 26 JUL 2006, DOI: 10.1196/annals.1364.022
119. WALLIN, D. J. (2007), *Attachment in Psychotherapy*, tr. it. *Psicoterapia e teoria dell'attaccamento*, Il Mulino, Bologna 2009.
120. WEIL, S., *Quaderni*, Adelphi, Milano 1982, Vol. I, p.258.
121. WEIL, S., *Quaderni*, Adelphi, Milano 1988, Vol. III, p.363
122. WEINFELD, N. S., SROUFE, L. A., EGELAND, B., CARLSON, E. (1999). The nature of individual differences in infant-caregiver attachment, in CASSIDY, J., SHAVER, P. R. (a cura di, 1999), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*, tr. it. *Manuale dell'attaccamento*, Giovanni Fioriti, Roma 2002.
123. WILLIAMS R. (a cura di, 2009), *Trauma e relazioni. Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee*, Raffaello Cortina, Milano.

Alessandra Bianconi  
Via Principe Amedeo, 16  
I-10123 Torino  
E-mail: abianconi@saiga.it

Maria Sole Del Noce  
Via San Secondo, 73  
I-10128 Torino  
E-mail: makikka@inwind.it