

**LA DIMENSIONE TRAUMATICA DELL'ESPERIENZA. RIFLESSIONI CLINICHE**Grazia Arena<sup>1</sup>, Antonella Gallina<sup>2</sup> e Elena Pizzi<sup>3</sup>

Come dice Eigen (2001) “*tutti noi abbiamo a che fare con legami danneggiati.... eppure viviamo con la nostra capacità relazionale danneggiata e a volte viviamo bene.... Siamo danneggiati da legami che ci danno la vita, menomati da vincoli che ci aiutano a crescere, tratti in salvo da processi nocivi*”.

In alcune situazioni, tuttavia, il danno sorpassa una certa soglia e impedisce di percorrere un cammino di vita “accettabile”. A volte l'esperienza traumatica è quasi silente, caratterizzata da non sintonizzazioni, non sincronie, discontinuità di accadimenti che si ripetono nel tempo (Khan, 1974), oppure si configura come un incontro con aree che non riescono ad essere decifrate o con aree che disconfermano il senso e la continuità della nostra esistenza; altre volte il trauma è più visibile e parla di incuria, negligenza, abuso.

La dimensione traumatica dell'esperienza ha comunque sempre a che fare con un sovraccarico delle nostre capacità di elaborazione. E' uno scenario complesso di sofferenze a diverso livello di estensione e di profondità.

Ed è in questo variegato scenario di parti di sé non nate, non pensate, non comprese, danneggiate, minacciate che si collocano le nostre “cattive madri”.

Il lavoro in quest'area traumatica “ad ampio spettro” costringe la psicoanalisi ad aprire il suo sguardo ai meccanismi neurofisiologici del funzionamento mentale, alle diverse modalità di immagazzinare ricordi (memoria implicita/memoria dichiarativa, memoria autobiografica/memoria semantica), ai sistemi multipli di elaborazione dell'esperienza.

Soprattutto si trova ad avere a che fare con il problema dell'irrepresentabilità, del conosciuto non pensato (Bollas, 1987), dell'esperienza non formulata (Stern, 2003; 2008), dell'esperienza elaborata in modo pre o sub simbolico (Beebe & Lachmann, 2002, Fosshage, 2004, Bucci, 2009).

Esperienze dolorose sopraffacenti interrompono il flusso vitale dentro cui la persona si sente inserita, paralizzando le capacità rappresentative e stimolando un'emozionalità molto intensa ma poco comunicabile.

Questa esperienza non va persa e attiva processi difensivi che consentono la sopravvivenza di sé accanto a una permanenza nascosta dell'esperienza traumatica: il trauma si annida, infatti, nella ripetizione, permane come fatto ricordato ma privo di connessioni affettive, si mimetizza in pensieri e ricordi frammentati, si esprime attraverso esplosioni emotive innescate da stimoli apparentemente aspecifici, inchioda l'altro in sceneggiature fisse e immodificabili.

Com'è possibile, in queste condizioni cliniche, introdurre un cambiamento, una trasformazione di memoria, una riconnessione tra i sistemi che elaborano l'informazione emotiva? E su cosa dobbiamo lavorare, sul trauma o sull'area intorno al trauma?

Fonagy (Fonagy & Target, 2008) ritiene che il focus del trattamento dei pazienti traumatizzati consista nel promuovere un Sé più saldo, che sia in grado di esercitare una capacità riflessiva su traumi e conflitti, di colmare il divario tra rappresentazioni e affetti e di sviluppare, attraverso la mentalizzazione, una “*funzione tampone tra azione e sentimento*”. Tuttavia questo scopo non viene raggiunto lavorando necessariamente sul trauma in sé ma attraverso una ripresa di contatto, da parte del paziente, con gli stati mentali della propria e dell'altrui mente.

Il difficile compito dell'analista consisterebbe nel mantenersi *mentalmente vicini* al paziente di fronte ai vissuti controtransferali che tendono ad interferire col pensiero inducendo ad agire o a reagire.

---

<sup>1</sup> Psicologa, Psicoterapeuta, Criminologa Clinica, Socio PsiBA e membro del comitato organizzativo dell'Associazione *Psiba Onlus*.

<sup>2</sup> Psicologa, Psicoterapeuta, Socio PsiBA.

<sup>3</sup> Pediatra, Psicoterapeuta, Coordinatore del Comitato Scientifico PsiBA, Docente e Supervisore della scuola dell'Istituto.

Bucci (2009) sembra proporre di lavorare sul trauma ma anche intorno all'area traumatica sottolineando l'importanza di attivare gli schemi dolorosi all'interno di una nuova e autentica relazione con l'analista: il coinvolgimento dell'analista che *“deve in quel momento realmente desiderare, essere realmente sofferente e vulnerabile, sentirsi veramente oggetto di attacchi”* offrirebbe lo spazio a uno schema emozionale dominante ma che l'analista vive come uno degli schemi possibili: pertanto questo schema diventa passibile di qualche minimo mutamento rispetto alla ripetizione del passato.

Donniel Stern (2003; 2008) sottolinea che quando ci troviamo a che fare con un'esperienza *“non formulata”* (e l'esperienza non formulata è un'esperienza dissociata) siamo nella posizione di *“dover trovare ciò che non sappiamo come cercare”* o di dover pensare che *“ciò che stiamo cercando non esiste finché non lo troviamo”*.

L'enactment, visto come il rappresentabile del dissociato, diventa il terreno che permette lo sviluppo di una nuova percezione dell'altro. E' in questa particolare situazione clinica che gli aspetti dissociati del Sé, messi in scena nella relazione terapeutica, vedono l'analista partecipe di un copione che si ripete e, al contempo, si rinnova. Per dire qualcosa di nuovo, infatti, bisogna prima *“essere qualcosa di nuovo”*: il processo del nuovo dipende da *“qualcosa che anticipa la riflessione e la rende possibile”*.

Per Bromberg (2006) l'enactment costituisce un'occasione per trasformare la dissociazione in un fenomeno diadico. La relazione terapeutica, in questa configurazione, diventa un mezzo per raggiungere una coerenza del Sé altrimenti impossibile: l'altro viene, infatti, utilizzato per rimanere in contatto con affetti contrastanti e percezioni di sé dissonanti.

Solo in un secondo tempo il paziente, riuscendo a contenere dentro di sé questi aspetti, sarà in grado di usare la propria capacità riflessiva e l'esperienza soggettiva dell'analista.

Ogden (1991), in una concettualizzazione diversa che riguarda i fenomeni di identificazione proiettiva, pone il cambiamento al centro di un'intensa comunicazione non verbale in cui il paziente fa uso dell'analista per sperimentare e contenere un aspetto di sé non desiderato o compromesso. Seguendo il pensiero di Ogden l'informazione sul mondo emotivo del paziente nasce dall'azione scenica alla quale il terapeuta prende parte e la trasformazione di quanto avviene in questa interazione interpersonale fantasmatica è possibile in quanto l'analista è in grado di vivere e di gestire i sentimenti proiettati nell'ambito della struttura più ampia della sua personalità.

Altri autori (Mori Ubaldini, 2006; Correale, 2000; 2010) sottolineano l'importanza di lavorare *“attorno al trauma”* per evitare il rischio di un'attivazione emozionalmente confusa che più che far elaborare il trauma potrebbe far precipitare il paziente *“nell'eterna attualità traumatica che svuota la sua mente”*.

Mori Ubaldini di fronte a traumi insorti in fasi precoci della vita, propone un analista intento *“a costruire ciò che non c'è mai stato piuttosto che a svelare un passato cancellato”*, in cerca di una conoscenza del paziente attraverso una particolare recettività alle sue comunicazioni, all'atmosfera emotiva proposta, alle immagini che prendono forma nella stanza di analisi, ai confini che delimitano il territorio percorribile, alle parole che possono essere pronunciate, senza che intervenga la censura dei *“guardiani di quel luogo di terrore che è il mondo interno del traumatizzato”*. In questo modo *“l'analista partecipa della necessità del nascondimento ed entra come compagno di cella nel mondo interno del paziente”*. Col tempo si può creare *“un'area transizionale dove possono essere sperimentate leggi meno crudeli e omicide”*

Sembra che il *common ground* di queste modalità di lavoro sul trauma sia rappresentato dall'attenzione posta sulla necessità di creare insieme una nuova realtà (più che ricostruire e interpretare), di cercare un orientamento di senso più che un significato. E questo attraverso un coinvolgimento particolare dell'analista nella relazione terapeutica che si configura come un prestare la nostra mente al paziente, lasciarsi trasportare dalla sua influenza inconscia vivendola nel presente, andare alla deriva mantenendo la consapevolezza che in questo modo potremo conoscere ciò che il

paziente non è in grado di esprimere e, forse, potremo interrompere l'inesco di dolorosi automatismi.

A volte si può sostare su un registro fantasmatico attraverso il mutuo intreccio dei fenomeni di identificazione proiettiva e di rêverie, altre volte ci si trova a lavorare su un registro connotato da aspetti di interazione più concreta o teatralmente rappresentata.

Il linguaggio, per molti di questi autori, deve avere precise caratteristiche: deve essere poetico, evocativo, immaginifico perché un simile linguaggio affonda le sue radici nel livello pre-rappresentazionale e sarà in grado più facilmente di raggiungere i nuclei emotivi di esperienze non simbolizzate.

Queste riflessioni riguardano, in senso generale, situazioni cliniche in cui il trauma domina la scena.

L'incontro con madri in profonda difficoltà nel pensarsi madri e nell'esercitare la propria funzione materna richiede qualche ulteriore considerazione.

Un primo pensiero riguarda l'origine di questa funzione. Cosa rende "materna" una madre?

Lieberman (2004) afferma che non esiste qualcosa come una mamma se non c'è un contesto che la supporta nell'esercizio delle sue competenze.

Riguardo al materno non abbiamo a che fare solo con un mondo interno ma con un mondo relazionale dentro e fuori di noi.

Se il compagno, il gruppo familiare o di riferimento emotivo non aiuta la madre, la lascia sola, crea conflitti di stili educativi, la disconosce, la umilia, la sostituisce non rispettando il suo ruolo, la madre sarà in difficoltà a trovare uno spazio nella sua mente per sentirsi ed essere madre.

Se poi l'ambiente che la circonda propone il paradigma della violenza, il collasso delle funzioni materne può essere totale.

La madre è sempre "*porta parola*" di un gruppo (Aulagnier, 1975): un gruppo che è venuto prima di lei o che sta intorno a lei. Porta la parola della cultura di holding di cui è stata oggetto, delle relazioni che ha interiorizzato, delle aspettative e dei significati che ha costruito nell'incontro con l'altro.

Più la storia della famiglia di origine presenta connotati traumatici più la prospettiva del trauma si rinnova nella scelta del partner, nei legami di coppia e nelle modalità di prendersi cura del proprio figlio. Le storie di violenza, attraverso una mitologia familiare, impongono rigidi modelli identificatori e condannano a trasmettere nelle generazioni ciò che non è stato oggetto di elaborazione: la delega transgenerazionale implica la domanda, posta in modo inconscio dalle generazioni precedenti alla bambina-futura madre, di compiere una "missione" di fedeltà a leggi e legami invisibili e potenti (Losso & Losso, 2010).

Le storie di violenza sono storie anche di destini e di rigide convinzioni, perché le operazioni dissociative, separando e rendendo inaccessibili alcuni contenuti della mente, costruiscono una "verità" difficilmente modificabile che si propone come difesa-baluardo verso il non senso, la non coerenza, il terrore senza nome.

Il nostro vertice di osservazione, pertanto, dovrà allargarsi al contesto in cui vive la madre.

Il nostro sguardo dovrà, inoltre, utilizzare un "obiettivo a grandangolo" che possa comprendere nella sua visione di campo la storia di almeno tre generazioni (Welldon, 1992), includendo il *non-detto* e il *male-detto* che in esse è contenuto (Eiguer, 2005).

La nostra attenzione dovrà spostarsi, infine, anche sulla relazione madre-bambino, non solo per tentare di interrompere la trasmissione trans-generazionale dell'esperienza traumatica, ma per aprire uno spazio ad immagini diverse di sé e dell'altro e per tentare una riconnessione emotiva con il proprio bambino e con la bambina nascosta nel proprio passato.

Il trauma perpetrato all'interno della famiglia presenta, infatti, una particolare complessità: le aspettative negative che il genitore traumatizzato si è costruito nella sua storia relazionale si rinnovano attraverso schemi di azione e meccanismi proiettivi e cognitivi nelle interazioni con il figlio. Queste aspettative negative materne a sua volta vengono potenziate dall'interconnessione con le aspettative negative che il bambino, vivendo nella trascuratezza o nella violenza, forma e

promuove nei confronti del genitore (Lieberman & Van Horn, 2005). Un intreccio malefico che perpetua, nel dialogo fantasmatico e corporeo, incomprensioni, rifiuti, non risposte o risposte disorganizzate e confondenti. Anche agiti violenti.

Il dialogo delle azioni veicola, in queste situazioni, più significati delle parole: per la bambina nella madre e per il bambino della madre.

Il bambino piccolo, infatti, costruisce il suo mondo e la sua interpretazione del mondo attraverso questi primi schemi comportamentali ed affettivi di *essere* e di *essere con* gli altri che permangono nel tempo e costituiscono la sua conoscenza (implicita) della realtà intersoggettiva.

Numerosi studi clinici (Main & Hesse, 1992; Lyons-Ruth, 2008) hanno messo in risalto come comunicazioni e comportamenti contraddittori e confusivi, manifestati da madri traumatizzate nella relazione con il proprio bambino, possano risultare negativi per lo sviluppo infantile.

Ma anche il bambino può fare la sua parte, innescando comportamenti non idonei nella madre.

Un bambino piccolo ha, infatti, ridotte capacità di autoregolazione: per regolare i propri stati interni ha bisogno della mente affettiva e regolatrice dell'altro. Questa suscettibilità alla disregolazione (che si manifesta con pianto, irritabilità, disturbi di alimentazione e del sonno) potrebbe costituire un carico emotivo intollerabile per la madre, soverchiare le sue capacità di accudimento, creare fraintendimenti, suscitare sentimenti di impotenza e di rabbia. Potrebbe trasformare il bambino in antichi persecutori. Potrebbe trasformare la madre in antichi aggressori (De Zulueta, 2006).

Il bambino, inoltre, con la sua inermità non può porsi nella mente dell'altro come un elemento che frena impulsi violenti e contiene passaggi all'atto. Anche all'adulto è richiesta, in queste condizioni, una capacità autoregolativa che impegna e mette alla prova.

Le persone che, nella loro storia, hanno fatto esperienza di angeli nella nursery riescono a superare questa esperienza (Lieberman *et al.*, 2005). Chi nella nursery trova solo fantasmi può soccombere.

Forse per trovare una speranza di cambiamento per queste persone bisogna lasciare transitoriamente l'obiettivo grandangolo per dotarsi di un obiettivo macro o di un microscopio, che permetta di immergersi in una dimensione microanalitica.

Alcuni autori (Downing *et al.*, 2008) hanno focalizzato l'attenzione sui modelli interattivi madre-bambino in contesti a rischio e/o in soggetti con pregresse storie traumatiche, al fine di mettere a punto strategie di intervento sia terapeutico sia preventivo.

La microanalisi di questi dialoghi corporei e verbali riesce ad evidenziare, accanto a ridotti micro-allineamenti madre-bambino, anche scambi significativamente diversi, inaspettati che fanno vedere come queste madri e questi bambini a volte siano capaci di entrare in uno "*stato di espansione diadica*".

Dove lo scambio affettivo precoce (intersoggettività primaria) aveva fallito, l'intersoggettività secondaria costituita dall'attenzione congiunta verso un terzo elemento, sembra offrire a queste madri una seconda chance, una *strada verso l'oggetto* più dosata e controllabile, una strada sentita come meno direttamente coinvolgente: meno pericolosa e, quindi, percorribile.

In questo stretto ambito, che tiene conto non tanto degli elementi negativi ma di ciò che funziona e che può essere sviluppato, è possibile concepire un intervento che abbia il fine di realizzare esperienze ed incontri diversi dal passato.

In questa prospettiva la relazione con il bambino, in una situazione protetta, potrebbe costituire il centro della cura, anche per la madre. L'intervento dello psicoterapeuta prenderebbe la forma di "*atti psicologici piuttosto che di parole psicologiche*" (The Process of Change Study Group, 1998): accompagnare, rivalutare l'interazione presente, trovare momenti di condivisione, evocare dalle azioni qualche collegamento con il passato, anche qualche minimo ricordo di qualcuno che ha prestato cura. Ogni bambino prigioniero sarebbe grato per questi accadimenti.

I casi clinici che oggi vengono presentati parlano di due madri profondamente diverse. Nel primo caso abbiamo una madre con fantasie omicide verso un figlio non ancora nato, nel secondo caso

abbiamo una madre sospettata di aver messo in atto un grave maltrattamento fisico nei confronti della sua bimba di pochi mesi.

Queste due madri impongono, nell'approccio terapeutico, differenti angolature di riflessione.

La psicoterapeuta che ha preso in carico la prima madre ha potuto entrare nel suo mondo respirare l'atmosfera emotiva, partecipare al suo teatro interno, vivere i suoi legami sempre a rischio di fratture e improvvisi mutamenti. I canali comunicativi erano pervi e attraverso intensi fenomeni di identificazione proiettiva e di rêverie, le vivide immagini create dall'incontro hanno trovato un luogo in cui essere accolte, in cui sostare prima di poter essere trasformate in qualcosa di crudele ma non più legato alla violenza: dalla fantasia di una morte perpetrata attivamente si è passati, infatti, ad una fantasia correlata ad una impossibilità di vita, indotta da un destino avverso.

L'altra madre, in cui la violenza potrebbe aver trovato una concretizzazione nella realtà, ha posto un problema complesso di presa in carico.

In primo luogo è stata necessaria la creazione di una condizione protetta per la figlia e per la madre, una condizione protetta che mancava nel loro passato e nel loro presente e che poteva offrire ad entrambe una seconda possibilità: per la bambina, con l'opportunità di sperimentare riferimenti costanti e prevedibili, di strutturare legami meno minacciosi e minacciati, meno confusi e confondenti; per la madre con la possibilità di vivere, forse per la prima volta, in un ambiente che cura e sostiene.

Detto questo, addentrarci in un progetto terapeutico più specifico ed indirizzato diventa, in questa situazione clinica, un percorso arduo e tortuoso.

Perché un simile progetto implica la capacità di ascolto, non facile, di un possibile aggressore la cui vittima è davanti ai nostri occhi.

Perché questa madre, per i processi dissociativi a cui la sua mente è andata incontro, emotivamente ci allontana facendoci percepire le fratture del suo mondo interno, i non collegamenti e le distorsioni della sua storia, la dissonanza affettiva tra quanto ci racconta e quanto ci comunica in altro modo.

Empatizzare con lei è difficile. Lo spazio di incontro è da costruire. Mantenere una trama di speranza diventa un lavoro il cui filo tende continuamente ad annodarsi. Il senso di impotenza è un vissuto con cui dobbiamo ogni giorno confrontarci.

Anche le istituzioni intorno allo psicoterapeuta, alla madre e al bambino (Tribunali, Servizi Sociali, Comunità) interferiscono con questo difficile lavoro: dobbiamo operare sul presente perché del tempo disponibile e del futuro non ci è dato sapere. In queste circostanze il bambino e la madre devono diventare il focus principale del nostro intervento: un'esperienza di spazi, di gesti, di risposte, di attese che potranno depositarsi in qualche angolo della memoria.

Anche se questa madre non riuscirà a compiere il suo percorso verso una nuova vita. Anche se il bambino avrà un futuro senza questa madre.

La madre porterà con sé il ricordo di qualcuno che si è avvicinato a lei per aiutarla.

Il bambino avrà costruito gli strumenti che gli permetteranno di utilizzare in modo fecondo gli incontri che lo aspettano.

## Bibliografia

Aulagnier P. (1975) *La violence d'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé*. Presses Universitaires de France, Paris. Trad. it. *La violenza dell'interpretazione*. Edizioni Borla, Roma, 1994.

Beebe B., Lachmann F.M. (2002) *Infant Research and adult treatment. Co-constructing Interactions*. The Analytic Press, Inc.. Trad. It. *Infant Research e trattamento degli adulti. Un modello sistemico-diadico delle interazioni*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2003.

Bollas C. (1987) *The shadow of the object: psychoanalysis of the unthought known*. Free Association

- Books, London. Trad. it. *L'ombra dell'oggetto: psicoanalisi del conosciuto non pensato*. Edizioni Borla, Roma, 2001.
- Bromberg P.M. (2006) *Awakening the dreamer. Clinical journeys*. The Analytic Press, Inc., Publishers, Published by arrangement with Paterson Marsh Ltd and the Taylor & Francis Group LLC. Trad. it. *Destare il sognatore. Percorsi clinici*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2009.
- Bucci W. (2009) Lo spettro dei processi dissociativi. Implicazioni per la relazione terapeutica. In: Moccia G, Solano L. (a cura di) *Psicoanalisi e neuroscienze. Risonanze interdisciplinari*. Franco Angeli, Milano.
- Correale, A. (2000) Psicoanalisi e psicosi: fino a che punto indagare l'area traumatica? *Rivista di Psicoanalisi*, 46, pp. 707-730.
- Correale A. (2010) *Borderline: come differenziarsi dall'oggetto traumatico?* In: AAVV. (scritti di), *Il soggetto nei contesti traumatici*. Franco Angeli, Milano, 2010.
- De Zulueta F. (2006) *From pain to violence*. Second edition, Whurr Publishers Limited. Trad. it. *Dal dolore alla violenza. Le origini traumatiche dell'aggressività*. Seconda edizione, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2009.
- Downing, G., Burgin D., Reck, C. e Ziegenhain, U. (2008) Interfaces between intersubjectivity and attachment: three perspectives on a mother-infant inpatient case. *Infant Mental Health Journal*. 29(3), pp. 278-295.
- Eigen M. (2001) *Damaged bonds*. Karnac Books Ltd, London. Trad. It. *Legami danneggiati*. Casa Editrice Astrolabio – Ubaldini Editore, Roma, 2007.
- Eiguer A. (2005) Il transgenerazionale nella terapia psicoanalitica di coppia. *Ricerca Psicoanalitica*, XVI, 2, pp. 162-179.
- Khan M.M.R. (1974) *The privacy of the Self*. Hogarth Press, London. Trad. It. *Lo spazio privato del Sé*. Bollati Boringhieri Editore, Torino, 1979.
- Fonagy P. e Target M. (2008) *Attaccamento, trauma e psicoanalisi. Dove la psicoanalisi incontra le neuroscienze*. In: Jurist E.L., Slade A. e Bergner S. (Eds) *Mind to mind. Infant Research. Neuroscience and psychoanalysis*. Other Press LLC. Trad. it. *Da mente a mente. Infant Research. Neuroscienze e psicoanalisi*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2010.
- Fosshage J.L. (2004) La dimensione esplicita e quella implicita nel cambiamento in psicoanalisi. *Gli Argonauti*, IV, 8, pp. 53-76.
- Losso R. e Losso A.P. (2010) La violenza transgenerazionale come parte della violenza familiare latente. *Reminescenze corporee e patologia somatica. Interazioni*, 31, 1, pp. 27-39.
- Lyons-Ruth K. (2008) Contributions of the mother-infant relationship to dissociative, borderline, and conduct symptoms in young adulthood. *Infant Mental Health Journal*, 29(3), pp. .
- Lieberman A.F., Padrón E., Van Horn P. e Harris W.W. (2005) Angels in the nursery: the intergenerational transmission of benevolent parental influences, *Infant Mental Health Journal*, 26 (6), pp. 504-520.
- Lieberman A.F. e Van Horn P. (2005) Trad. it. *Bambini e violenza in famiglia*. Il Mulino, Bologna, 2007.
- Lieberman A.F. (2004) La psicoterapia genitore bambino: un approccio basato sulla relazione per il trattamento dei disturbi della salute mentale nell'infanzia e nella fanciullezza. In: Sameroff A.J., McDonough S.C. e Rosenblum K.L. (Eds), *Treating parent-infant relationship problems*. Guilford Press, New York. Tr. It. *Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino*. Il Mulino, Bologna, 2006.
- Main M. e Hesse E. (1992) Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e stati mentali dissociati dei genitori. In: Ammaniti M. e Stern D.N. (a cura di) *Attaccamento e Psicoanalisi*. Laterza, Bari.
- Mori Ubaldini M. (2006) Trauma precoce: evoluzione nella teoria e nella tecnica. *Quaderno dell'Istituto di Psicoterapia del Bambino e dell'Adolescente*, 24, pp. 11-30.
- Ogden T.H. (1991) *Projective identification and psychotherapeutic technique*. Jason Aronson Inc.,

- Northvale, New Jersey, London. Trad. it. *L'identificazione proiettiva e la tecnica psicoterapeutica*. Astrolabio, Roma, 1994.
- Stern, D.N., Sander, L.W., Nahum, J.P., Harrison, A.M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A.C., Bruschweilerstern, N. e Tronick, E.Z. (1998) Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: the 'Something More' than interpretation. *Int. J. Psycho-Anal.*, 79, pp. 903-921. Trad. it. *Meccanismi non interpretativi in terapia psicoanalitica*. In: Carli L. e Rodini C. (a cura di) *Le forme di intersoggettività. L'implicito e l'esplicito nelle relazioni interpersonali*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008.
- Stern D.B. (2003) *Unformulated experience. From dissociation to imagination in psychoanalysis*, The Analytic Press, Inc., Publishers, Hillsdale, NJ. Trad. it. *L'esperienza non formulata. Dalla dissociazione all'immaginazione in psicoanalisi*. Edizioni Del Cerro, Tirrenia (Pisa), 2007.
- Stern D.B. (2008) *Sul dover trovare ciò che non si sa come cercare. Due punti di vista sulla riflessione*. In: Jurist E.L., Slade A. e Bergner S. (Eds) *Mind to mind. Infant Research. Neuroscience and psychoanalysis*. Other Press LLC. Trad. it. *Da mente a mente. Infant Research. Neuroscienze e psicoanalisi*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2010.
- Wellدون E.V. (1992) *Mother, Madonna, whore. The idealization and denigration of motherhood*. Guilford Press, London. Trad. it. *Madre, Madonna, prostituta. Idealizzazione e denigrazione della maternità*. Centro Scientifico Editore, Torino, 1995.