
ABT (Affective Bond Therapy). Il metodo del post-razionalismo ontologico per il trattamento dei disturbi psicopatologici complessi negli adolescenti - Il parte

ABT (Affective Bond Therapy). The method of ontological post-rationalism for the treatment of complex psychopathological disorders in adolescents

Juan Balbi

CETEPO, Roma, Buenos Aires.

Email: juanjbalbi@gmail.com

Riassunto. L'operare mentale umano coinvolge un continuo passaggio dall'esperienza di sé molteplice (in parallelo, non cosciente) all'esperienza di sé unitaria (sequenziale, cosciente). Ciò implica l'esistenza di una dimensione di autocoscienza inconscia che sta alla base dell'autocoscienza fenomenica. La chiusura organizzazionale del Sé avviene durante il percorso adolescente, tramite l'organizzazione di quel sistema di coerenza interna che regola l'esperienza affettiva della relazione del soggetto con se stesso. Cambiamenti significativi nella trama tacita di reciprocità affettiva previamente costruita tra l'adolescente e il suo partner di attaccamento sono sempre alla base dei disturbi psicopatologici che hanno il loro esordio in questa fase dello sviluppo. La chiusura organizzazionale del Sé avviene durante il percorso adolescente, tramite l'organizzazione di quel sistema di coerenza interna che regola l'esperienza affettiva della relazione del soggetto con se stesso. La nozione di "organizzazione del senso affettivo personale" è proposta per identificare questo sistema di autoregolazione dell'esperienza identitaria. Ciò che sta alla base del disturbo sintomatico non è il rapporto con il genitore di per sé, ma una grave discrepanza affettiva che l'adolescente sperimenta nel rapporto con se stesso. La dissociazione è intrinseca allo sviluppo, sia normale sia patologico. La dissociazione è presente in tutti i disturbi psicopatologici. C'è un rapporto fra trauma e dissociazione, ma è multifattoriale e non lineare. La maggioranza delle condotte e reazioni emozionali normali di un lutto sono identiche alle manifestazioni cliniche della depressione e di altri disturbi psicopatologici. Il lutto è un processo di elaborazione del sistema personale che comporta una forte oscillazione della propria immagine e che finisce solo quando il soggetto è divenuto capace di riorganizzare il proprio senso di sé. La separazione affettiva tra l'adolescente e suo genitore di attaccamento durante la fanciullezza segue un andamento graduale e oscillante simile all'elaborazione del cordoglio proprio della fase terminale delle relazioni sentimentali. Si sostiene la tesi che l'elaborazione di un lutto tacito (*Tacit Adolescent Mourning*), che si innesca nell'adolescenza come parte normale dello sviluppo, sta alla base, sia dell'organizzazione funzionale del senso di identità personale, sia dei disturbi psicopatologici che si verificano in questa fase. Si sostiene la tesi che la causa del disturbo borderline di personalità, e di tutti gli altri tipi di disturbi di personalità che hanno esordio nella terza decade di vita, si trova nella cronicità di un'elaborazione disfunzionale del lutto tacito adolescenziale. Conclude una breve rassegna di un caso clinico.

Parole chiave: chiusura organizzazionale del Sé, lutto tacito adolescenziale, trauma, dissociazione, disturbo di personalità borderline, organizzazione del senso affettivo personale.

Summary. Human mental work involves a continuous passage from the multiple self-experience (in parallel, unconscious) to the unitary self-experience (sequential, conscious). This implies the existence of a dimension of unconscious self-awareness which underlies the phenomenal self-awareness. The organizational closure of the Self takes place during the adolescent journey, through the organization of that system of internal coherence that regulates the affective experience of the subject's relationship with himself. Significant changes in the tacit plot of affective reciprocity previously built between the adolescent and his attachment partner are always at the basis of psychopathological disorders that have their onset in this phase of development. The organizational closure of the self takes place during adolescence, through the organization of that system of internal coherence that regulates the affective experience of the subject's relationship with himself. The notion of "organization of the personal affective sense" is proposed to identify this system of self-regulation of identity experience. What underlies the symptomatic disorder is not the relationship with the parent, per se, but a serious emotional discrepancy that the adolescent experiences in the relationship with himself. Dissociation is intrinsic to development, both normal and pathological. There is a relationship between trauma and dissociation, but it is multifactorial and non-linear. Dissociation is present in all psychopathological disorders. Most of the normal emotional behaviors and reactions of bereavement are identical to the clinical manifestations of depression and other psychopathological disorders. Mourning is a process of elaboration of the personal system that involves a strong oscillation of one's image and that ends only when the subject has become capable of reorganizing his sense of self. The emotional separation between the adolescent and his attachment parent during childhood follows a gradual and oscillating trend similar to the processing of grief in the terminal phase of romantic relationships. The thesis is supported that the elaboration of a tacit mourning (Tacit Adolescent Mourning), which is triggered in adolescence as a normal part of development, underlies both the functional organization of the sense of personal identity, both psychopathological disorders occur at this stage. The thesis is supported that the cause of borderline personality disorder, and of all other types of personality disorders that have onset in the third decade of life, is found in the chronicity of a dysfunctional elaboration of adolescent tacit mourning. Concludes a brief review of a clinical case.

Key words: organizational closure of the Self, trauma, dissociation, tacit adolescent mourning, borderline personality disorder, organization of the personal affective sense.

Introduzione

Assistiamo negli ultimi trenta anni a un cambiamento paradigmatico in psicoterapia: dal primato della cognizione al primato degli affetti, dal primato del contenuto al primato del processo (Balbi, 1994, 2004; Bromberg, 2006, 2011; Guidano, 1987, 1991; Schore, 2011a). E ultimamente, in particolare, a uno spostamento del focus dell'osservazione e dell'analisi in seduta: dalla cognizione conscia agli affetti inconsci (Balbi, 2011, 2015; Bromberg, 2006, 2011; Schore, 2011a, 2011b, 2014). Questo cambiamento dell'operare clinico trova sostegno nelle concezioni della coscienza della maggioranza delle teorie cognitive e neuropsicologiche delle ultime tre decadi che considerano la coscienza fenomenica come un processo sequenziale, che opera in modo lineare, e che integra

continuamente, una molteplicità di processi e contenuti operanti in parallelo a livello inconscio (Baars, 1988; Bara, 1991; Edelman, 1989; Dehaene, 2014; Froufe, 1997, 2000, 2003; Froufe e al., 2009; McClelland, Rumelhart, 1986; Spiegel, Cardeña, 1991; Tinnin, 1990). Questa istanza tacita che opera in parallelo viene considerata come l'insieme dei contenuti affettivi e delle rappresentazioni psicologicamente attive che, nel momento presente, non sono accompagnate dalla corrispondente esperienza fenomenica. Questo insieme di esperienze costituisce la coscienza personale inconscia che fornisce l'esperienza immediata di sé che nutre, momento per momento, le componenti ideo-affettive dell'esperienza di un senso immediato di sé, unitario e più meno continuo nel tempo. Capire la dinamica della relazione funzionale tra

queste due istanze della coscienza personale è cruciale nello sviluppo di una teoria psicopatologica. In altre parole, una teoria della coscienza personale che mira alla spiegazione, ad es. della dissociazione patologica, è costretta a svelare la dinamica di quei processi che costituiscono l'elemento essenziale in questo passaggio dall'esperienza di sé molteplice (in parallelo, non cosciente) all'esperienza di sé unitaria (sequenziale, cosciente) che caratterizza continuamente l'operare mentale umano. (Balbi, 2011, 2015; Liotti, 1993). Il modello teorico post-razionalista ontologico che sta alla base del metodo ABT fa anche parte di quella tradizione che sostiene ipotesi cliniche di stampo relazionale (Harris, 2011), che, come riferito da De Bei e Lingiardi (2012), è compatibile con la ricerca sulla neurobiologia dell'esperienza interpersonale (Panksepp, Biven, 2012; Shore, 2011b, 2014; Siegel, 1999). Riguardo l'interdipendenza tra esperienza interpersonale e sviluppo dell'identità ha affermato Guidano (1991) *“divenire un Sé, nel senso ontologico del termine, corrisponde [...] a ordinare in modo autoreferenziale la tensione essenziale percepita nella sincronia dell'interazione con gli altri.”* (p. 17). La similarità avvertita con gli altri è il requisito indispensabile per esperire il senso di essere persona, ma, nello stesso tempo, la differenziazione da questa similarità percepita è una condizione necessaria per esperire un senso di sé. In tal modo che, durante l'intero ciclo di vita, la differenziazione Sé/altri agisce come il principio auto-organizzatore di base che regola lo svolgimento di quel processo ontologico che è l'individuazione psicologica implicata nell'esperienza di identità.

Un ordinamento autoreferenziale di questo genere mantiene un equilibrio dinamico e continuamente oscillante, che è il risultato emergente dal continuo processo di negoziare con gli altri un mutuo consenso e un'accettazione reciproca (Guidano, 1991). In altre parole, a causa della struttura intersoggettiva dell'esperienza umana, ogni senso di sé è legato all'esperienza di far parte della consapevolezza degli altri; di modo tale che sono gli altri che convalidano la nostra identità. Per ogni essere umano il bisogno di mantenere un'autostima accettabile diventa una variabile cruciale poiché regola il processo che

rende consistente e unitaria l'esperienza immediata del senso di sé, così come l'esperienza immediata su cui tale senso di sé si fonda. In una relazione ad intensa intersoggettività affettiva con le figure di attaccamento come quella della fase adolescenziale, per sentirsi consistenti diventa indispensabile percepire la nostra identità come positiva, perlomeno abbastanza da immaginare che potrà essere convalidata dal nostro partner di attaccamento genitoriale. Abbiamo sempre bisogno di mantenere l'autostima; ma nell'adolescenza sentire di mantenere un livello sufficiente di autostima è fondamentale per uno sviluppo funzionale del senso di identità personale. Riguardo l'autostima ha scritto Guidano (1991): *“l'esperienza immediata del proprio Sé comprende una modulazione affettiva positiva o negativa (percepita come un senso di amabilità/non amabilità) riconosciuta e resa consistente attraverso specifiche categorie di autostima.”* (p. 33). Nella prospettiva ontologica proposta in questo articolo, che considera l'esperienza dell'identità dal punto di vista di chi la esperisce, non concepiamo l'autostima come il risultato di una riflessione valutativa dal punto di vista oggettivo, nel senso di valutazione attiva effettuata assumendo il punto di vista degli altri. Quella modulazione affettiva positiva o negativa dell'esperienza di noi stessi, è il risultato spontaneo e preriﬂessivo del funzionamento autonomo di ogni Sé, secondo una propria e particolare coerenza interna. Difendiamo qui la tesi per la quale la chiusura organizzativa del Sé avviene durante il percorso adolescenziale, tramite l'organizzazione di quel sistema di coerenza interna che regola l'esperienza affettiva della relazione del soggetto con sé stesso. In questo articolo proponiamo la nozione di “organizzazione del senso affettivo personale” per identificare quel sistema di autoregolazione dell'esperienza identitaria (Balbi, 2011, 2015).

C'è una stretta relazione eziologica tra il processo di costruzione dell'organizzazione del senso affettivo personale durante l'adolescenza e i disturbi psicopatologici che hanno il loro esordio in questa fase evolutiva. Tanto dai risultati della ricerca scientifica, come dalle osservazioni provenienti dalla clinica, si evidenzia che l'intersoggettività affettiva è l'origine

e il fondamento della esperienza identitaria. Questa è caratterizzata, da un ordinamento autoreferenziale di base attraverso il quale la metarappresentazione tacita e ricorsiva di una trama di reciprocità affettiva con la persona più significativa di ogni ciclo di vita è sempre determinante nella percezione di sé (Balbi, 1994, 2011, 2015; Balbi, Colucci d'Amato, 2020; Guidano, 1991). Ciò si verifica sia in ciascuna fase dello sviluppo che nei diversi periodi della vita adulta, e pertanto, non esiste durante tutto il ciclo di vita un'autoregolazione emozionale indipendente dalle relazioni affettive significative (Guidano, 1991; Balbi, 1994). Per questo motivo, qualsiasi cambiamento nella rappresentazione di quella trama di reciprocità affettiva avrà un effetto significativo sull'esperienza di continuità e accettabilità del proprio senso di sé. In questa particolare relazione sistemica tra processo affettivo e identità personale si trova anche la ragione per la quale, come ha sottolineato Guidano, *“L'alterazione del <<bilancio affettivo>> costituisce una variabile psicopatologica cruciale nella produzione di quei disturbi emotivi comunemente definiti come quadri clinici”* (1987, pag. 54). Partendo da questa premessa, il metodo ABT presuppone la tesi per la quale cambiamenti significativi nella trama tacita di reciprocità affettiva previamente costruita tra l'adolescente e il suo partner di attaccamento sono sempre alla base dei disturbi psicopatologici che hanno il loro esordio in questa fase dello sviluppo (Balbi, 2017). Non tutti i cambiamenti nella trama tacita della reciprocità affettiva con il partner di attaccamento sono generatori di squilibri sintomatici. Soltanto quei cambiamenti che provocano un insieme di esperienze immediate di sé gravemente discordanti con l'attuale senso di sé dell'adolescente, e per questo di difficile integrazione, sono in grado di generare una discrepanza affettiva di livello tale da innescare meccanismi difensivi tendenti alla dissociazione del sistema personale. In altre parole, ciò che sta alla base del disturbo sintomatico non è il rapporto con il genitore in sé, ma questa significativa alterazione dell'esperienza affettiva del rapporto dell'adolescente con se stesso. Il processo della dissociazione è essenziale per il funzionamento mentale umano e per

la stabilità e la crescita dell'identità personale, ma in tutti i quadri clinici sono presenti diverse forme patologiche di dissociazione.

Dissociazione e psicopatologia

Già alla fine del diciannovesimo secolo, Breuer e Freud, in accordo con l'opinione degli psicopatologi francesi, ritenevano che la dissociazione tra affetto e rappresentazione fosse il fenomeno psicologico fondamentale alla base dell'isteria. Hanno scritto a riguardo: *“Abbiamo scoperto, [...] che i vari sintomi isterici sono scomparsi immediatamente e definitivamente non appena il ricordo del processo che li ha causati e con esso il relativo affetto, è stato chiaramente risvegliato e la paziente ha descritto, con il maggior dettaglio possibile questo processo, dando espressione verbale all'affetto. La memoria priva di affetti è quasi sempre inefficace. [...] “quella dissociazione della coscienza, che ci appare così singolarmente come <<double conscience>> nei casi classici ben noti, esiste in modo rudimentale in ogni isteria, essendo questa tendenza alla dissociazione, [...] il fenomeno fondamentale di questa nevrosi.”* (Breuer, Freud, 1893 p. 43 e 46, traduzione mia). Pierre Janet (1923) non concepiva la dissociazione alla maniera di Freud, come un'attiva difesa mentale dal dolore del trauma, sviluppata per bandire dalla coscienza contenuti mentali inaccettabili, ma come un effetto passivo del restringimento del campo di coscienza, prodotto dal cedimento strutturale delle funzioni cerebrali nel loro ordinamento gerarchizzato che, sosteneva, si verifica dopo un evento traumatico. Nel contempo, però, alla stregua di Freud, la considerò una caratteristica distintiva dei disturbi allora chiamati “isterici”, e che oggi chiamiamo “borderline”, “somatoformi” e “dissociativi” (Liotti, Farina, 2011; Liotti, Liotti, 2019; Meares, 2012).

Questo rapporto causale tra trauma e dissociazione, ai nostri giorni è oggetto di studio da parte di numerosi autori, sia in ambito psicoanalitico che nel cognitivismo clinico. Spesso in questi studi la dissociazione è identificata con il disturbo da stress post-traumatico, in cui la persona ha esperienze dissociate, somatosensoriali, come ossessioni e flashback, pur non avendo alcun ricordo cosciente del trauma. Tut-

tavia, sottoscrivere la dissociazione all'evento traumatico, inteso come qualcosa al di fuori dall'ordinario, è riduttivo. Il trauma in senso statistico è normale, così come la dissociazione. Inoltre, la dissociazione non deriva solo da traumi, ma anche da ambienti familiari caotici, abusivi o negligenti, e da grave ansia risultante delle relazioni interpersonale (Howell, 2005; Diaz-Benjumea, 2008). Peraltro, le numerose osservazioni cliniche e dati di ricerca che trovano un'alta correlazione statistica tra esperienza traumatica precoce e disturbo borderline di personalità e altri disturbi che manifestano sintomi dissociativi (Battle e al., 2004; Cohen e al., 2005; Golier et al., 2003; Kihlstrom, 1987; Laporte, Guttman, 1996; Rogosch, Chicchetti, 2005; Zanarini, 2000; Zanarini e al., 2002), potrebbe portarci, in modo fuorviante, ad attribuire una relazione causale tra l'esperienza traumatica subita nell'infanzia e la dissociazione patologica che si verifica nella terza decade della fase evolutiva, una relazione causale nella quale: il trauma sarebbe, in modo lineare, causa della dissociazione come effetto. Tuttavia, un'accurata analisi critica della letteratura ci porta ad affermare che non vi sono prove convincenti di un lineare rapporto causale fra traumi e disturbi dissociativi. A riguardo, Kihlstrom (2005) sostiene che le prove esistenti a favore di questa ipotesi sono afflitte da una metodologia scadente.

È chiaro che c'è un rapporto fra trauma e dissociazione ma è probabilmente multifattoriale e non lineare (Giesbreth, Mercklebach, 2008; Liotti, Farina, 2011). Riguardo questo argomento ha scritto Liotti: *“è verosimile che non tutti i bambini vittime di violenze sviluppano un disturbo dissociativo in età adulta, [...] e non tutti i pazienti sofferenti di disturbi dissociativi abbiano alle spalle una storia chiara di maltrattamento gravi e ripetuti subiti nell'infanzia”* (1993, p. 47); infatti, è possibile riscontrare fenomeni di dissociazione in esperienze di grave assenza di sintonia comunicativa fra il bambino e il prestatore di cura, senza che per questo l'interazione sia traumatica, e anche in esperienze di attaccamento del bambino con un genitore emotivamente fragile, ma non maltrattante. Inoltre, ci sono molte prove cliniche del fatto che l'esposizione a traumi anche gravi non è affat-

to seguita costantemente da evidenti e durevoli processi mentali dissociativi. Sono d'accordo con l'opinione di Liotti e Farina quando dicono che è necessario un nuovo modello teorico della dissociazione e del suo rapporto col trauma psicologico; come sostenuto da questi autori, il nuovo modello deve spiegare in maniera congrua tanto la risposta mentale a traumi singoli che si verificano in qualunque momento della vita, quanto l'effetto di traumi ripetuti e cumulativi che si verificano nel corso dello sviluppo. Deve dar ragione della possibilità che sintomi dissociativi siano presenti in pazienti che non riferiscono storie di maltrattamenti o altri traumi evidenti, e viceversa che alcuni pazienti senza sintomi dissociativi riferiscano storie personali traumatiche (Liotti, Farina, 2011).

La dissociazione non è sempre patologica; al contrario, come sostenuto da Schore: *“nell'essere umano la dissociazione è intrinseca allo sviluppo, sia normale sia patologica”* (2011, p. XVII). In effetti, il processo della dissociazione è essenziale al funzionamento mentale umano e alla stabilità e crescita della identità personale. Come sottolineato da Bromberg, la dissociazione è quel *“processo mentale che rappresenta intrinsecamente quello che c'è di più umano nella continua negoziazione tra quello di cui soggettivamente facciamo esperienza come conscio e quello che chiamiamo inconscio.”* (2011, p. 49). La dissociazione è una funzione sana e adattiva della mente umana che permette al Sé di funzionare in modo ottimale in quei momenti che richiedono concentrazione, orientamento al compito o un abbandono totale a un'esperienza piacevole. In altre parole, quando quello che si sta cercando o si desidera, è una completa immersione in una certa realtà, un singolo stato affettivo intenso o la sospensione della propria capacità di autoriflessione (Bromberg, 2011; Howell, 2005). Per quanto riguarda lo sviluppo di questa funzione, va notato che la capacità di dissociazione è maggiore nell'infanzia e nell'adolescenza e diminuisce con l'età dopo la fine del periodo evolutivo (Howell, 2005). Sebbene si possa parlare di un continuum di dissociazione, da un punto di vista clinico e secondo un modello tassonomico, la dissociazione si identifica con un estremo, in cui è grave e cronica,

e quindi patologica. In realtà, ciò che meglio ci permette di differenziare la dissociazione patologica da quella adattativa è che quest'ultima, che è sotto il controllo volontario, promuove l'integrazione del sé, mentre la prima, che scatta difensivamente, la ostacola (Howell, 2005; Diaz-Benjumea, 2008; Bromberg, 2006, 2011).

In virtù della sua funzione evolucionistica, la dissociazione svolge anche la funzione di difesa di fronte al trauma psicologico, concepito questo come *“uno sconvolgimento subitaneo della continuità del Sé attraverso l'invalidazione dei pattern di significato che definiscono l'esperienza di <<chi si è>>.”* (Bromberg, 2006 p. 35). Quando il trauma psicologico è prodotto dalla relazione con una persona da cui si dipende, la dissociazione consente alla persona in evoluzione di continuare a relazionarsi in duplice modo con la propria figura significativa, senza accorgersi delle contraddizioni intrinseche (Howell, 2005; Bromberg, 2006, 2011). La dissociazione è una difesa diversa dalle altre, non è un termine come un altro per indicare il processo che Freud chiamava rimozione (Bromberg, 2011), né è un semplice incremento del livello di autoinganno in termini del modello post-razionalista di Guidano (1991). Se come difesa, rimozioni e autoinganno rappresentano una reazione all'angoscia generata da un affetto negativo ma regolabile, che segnala la possibile irruzione nella coscienza di contenuti mentali capaci di generare un conflitto intrapsichico spiacevole ma sostenibile; la dissociazione come difesa, invece, rappresenta una reazione a un flusso caotico di affetti non regolabili nella mente, un trauma psicologico che minaccia la stabilità del Sé. Il conflitto intrapsichico viene vissuto come insostenibile, non solo spiacevole. Questo è il caso quando la *“discrepanza non si verifica fra contenuti mentali discordanti, ma fra aspetti del Sé alieni, fra stati del Sé talmente discrepanti da non poter coesistere in un singolo stato di coscienza senza minacciare di destabilizzare la continuità del Sé”* (Bromberg, 2011 p. 49). Questi “stati del Sé” diventano dissociati quando l'individuo in evoluzione ha il vissuto che i contenuti affettivi della sua esperienza immediata di sé, “sono invalidati come “reali” dalla mente della sua figura di attaccamento, che con il suo atteggiamento smentisce, non solo la vali-

dità di questi contenuti, ma anche la loro stessa esistenza, e quindi la possibilità della loro condivisione. È così che, come sottolineato da De Bei e Lingiardi: “inevitabilmente, la dissociazione diventa il modo in cui l'individuo tenta di gestire lo spazio della relazione al servizio di una falsa coerenza e di un senso illusorio di sicurezza.” (2012, p. VII). Il punto cruciale è che, quando la coerenza tra “stati del Sé” è sostituita da un bozzolo dissociativo, la persona esiste in uno stato di consapevolezza in cui ha un accesso simultaneo insufficiente alla sua gamma di stati affettivi per consentire uno scambio autentico con la soggettività degli altri (Bromberg, 2011).

Riguardo la gestione della dissociazione come difesa durante il lavoro clinico è fondamentale tenere conto del fatto che, anche nel livello più patologico, la dissociazione come processo non sempre funziona come un bozzolo sigillato ermeticamente, ma è strutturata in modo tale da permettere il necessario scambio di informazioni proteggendo al contempo contro gli shock affettivi che possono minacciare la continuità del Sé (Bromberg, 2006). Riguardo a forme estreme di dissociazione, come il disturbo di personalità multipla, hanno scritto Hart e Fegley, *“capita spesso che la personalità attualmente attiva sia in una certa misura consapevole di un'altra personalità (che, ovviamente, occupa lo stesso corpo e molti degli stessi ruoli sociali), tuttavia, nega che i sentimenti, le azioni e le qualità di quest'altra personalità siano del sé.”* (1997, p. 129). È attraverso la percezione di queste “filtrazioni” tra le diverse esperienze immediate di sé, che fluttuano in seduta durante il vissuto da parte del paziente delle proprie discrepanze, e il riconoscimento, la legittimazione e l'accettazione di queste sfumature dissociate di sé, che il terapeuta può svolgere il suo compito di aiutare il paziente a integrare quell'esperienza immediata di sé, discrepante, che è vissuta da lui in relazione con il legame affettivo più significativo in atto. Facilitando così nell'esperienza del paziente: il ripristinare di una normale fluidità tra la molteplicità di esperienze immediate tacite di sé e l'emergere di un nuovo senso di sé, unitario continuo e ontologicamente valido.

Relazione tra lutto e psicopatologia

La relazione tra processo di lutto per la perdita

di una persona significativa e disturbi dell'umore, appartiene ad una lunga tradizione dello studio della psicopatologia; molti autori difendono l'idea che la depressione sia una forma patologica del lutto (Bowlby, 1969, 1973, 1982; Freud, 1917; Worden, 1991). Freud suggerì oltre un secolo fa che tanto l'isteria come la melanconia sono manifestazioni del lutto patologico e che se si cerca l'inizio della sintomatologia, generalmente questa si verifica poco dopo una perdita. In "Lutto e melanconia" il fondatore della psicoanalisi segnalò che la melanconia era una forma patologica del lutto, molto simile al lutto normale ma con alcune caratteristiche differenti. Nella melanconia, secondo lui, gli impulsi di rabbia verso la figura perduta, caratteristici del processo del lutto, si dirigono verso se stesso (Freud, 1917). Questa osservazione di Freud è condivisa da numerosi studiosi; la spiegazione del meccanismo descritto risiederebbe nel fatto che la depressione possa servire anche come difesa nei confronti della reazione al lutto, poiché se la rabbia si dirige verso se stesso si devia dalla persona perduta e questo evita al sopravvissuto di confrontarsi in maniera consapevole con i suoi sentimenti ambivalenti verso la persona amata (Dorpat, 1973).

John Bowlby sostiene che la sua esperienza clinica e i risultati dei suoi studi utilizzati per la costruzione della teoria dell'attaccamento, gli lascino pochi dubbi sulla verità della proposizione di base freudiana, cioè, che la maggior parte dei disturbi psichiatrici sono l'espressione di un lutto patologico, confermando egli stesso la tesi freudiana. Il focus adottato da Bowlby in "Attaccamento e perdita," (1982) è lo stesso di Lindemann (1944) il quale, considera i processi patologici del lutto come esagerazioni o deformazioni dei processi normali. E' anche opinione condivisa che la perdita della persona amata può coinvolgere tutte le aree dell'esperienza: sentimenti ed emozioni, cognizioni, sensazioni corporee e comportamento. Come anche c'è accordo generalizzato tra gli specialisti nel fatto che la maggioranza delle condotte e reazioni emozionali normali di un lutto sono identiche alle manifestazioni cliniche della depressione e di altri disturbi psicopatologici, in entrambi i tipi di processi si incontrano gli stessi sintomi:

tristezza intensa, perdita di interesse, diminuzione dell'energia, disturbi del sonno, perdita di appetito, ansia, disperazione, colpa e biasimo, ipersensibilità al rumore, sensazioni di vuoto allo stomaco e sensazione di costrizione al petto, mancanza di aria, allucinazioni, etc. (Parkes, Weiss, 1983; Sanders, 1989; Worden 1991).

La maggioranza degli specialisti sono d'accordo con il fatto che il lutto è un processo "fisiologico" che si dispiega nel tempo attraverso una prima fase iniziale di ottundimento della sensibilità, alla quale segue una fase di negazione della perdita, poi una terza fase caratterizzata da un sentimento di disperazione e disorganizzazione della propria immagine, come prodotto dell'accettazione della perdita; e per ultimo, una fase caratterizzata dal riordinamento del proprio senso personale e la possibilità soggettiva di proiettarsi in un'altra relazione affettivamente significativa. Durante la prima fase del lutto sono anche frequenti gli episodi dissociativi, con alterazioni transitorie delle funzioni integratrici della memoria e della coscienza, che presentano una fenomenologia spesso assimilabile al concetto di dissociazione strutturale della personalità (La Rosa, Onofri, 2015; Liotti. Farina, 2011; Van der Hart e al., 2006). A riguardo hanno scritto La Rosa e Onofri (2015a): "*Il lutto nella prima fase è assimilabile al concetto di trauma acuto e come tale è attivante di arcaici sistemi di difesa e delle relative reazioni automatiche: immobilità tonica, o freezing, distacco dall'usuale esperienza di sé, con conseguenti sintomi dissociativi depersonalizzazione e derealizzazione.*" (p. 32). Esiste anche un accordo generalizzato sul fatto che qualsiasi interferenza in questo processo promuove lo sviluppo di reazioni anormali di lutto che costituiscono alcune delle varianti di un lutto complicato, un quadro clinico per il quale sono stati sviluppati metodi specifici di trattamento (Bowlby, 1983; La Rosa, Onofri, 2015b; Onofri, 2015; Parkes, 1991; Parkes, Weiss, 1983; Solomon, Rando 2015; Verardo, 2015; Worden, 1991). Nella seconda fase, la persona sperimenta intensi sentimenti di ansia e disperazione che fanno parte del suo forte e persistente bisogno di recuperare la persona perduta; solitamente ha la sensazione della presenza della persona, sebbene abbia la

certezza logica del contrario, e in molti casi ha l'illusione ottica di vederla. La presenza di sentimenti ambivalenti nei confronti della persona persa, reazioni di collera e odio, fanno parte del processo di lutto normale.

Il lutto è sempre un doloroso processo di elaborazione del sistema personale che comporta una forte oscillazione della propria immagine e che finisce solo quando il soggetto è divenuto capace di riorganizzare il proprio senso di sé (Guidano, 1987). Tuttavia, tra il processo di lutto causato dalla morte del partner e quello che segue la separazione fisica per fallimento sentimentale c'è un sostanziale differenza, che va presa in considerazione quando si analizza la relazione tra psicopatologia e lutto. Queste due situazioni differiscono per quanto riguarda la dinamica del processo di cambiamento, nell'immagine dell'altro significativo, nella metarappresentazione tacita della trama di reciprocità affettiva con lui/lei e, in conseguenza, nel senso di sé (Balbi, 2015). Per comprendere appieno l'influenza del lutto per separazione affettiva, nell'insorgere dei fenomeni sintomatici, essa non va considerata semplicemente come un evento più o meno perturbante, ma come un complesso processo multidirezionale che si dispiega nel tempo in modo oscillante fra pattern di approccio e di evitamento tra entrambi membri della coppia affettiva, che spesso, rende questo tipo di lutto un processo molto più complicato, lungo e doloroso del lutto per la morte del partner (Guidano, 1991; Balbi, 2015). Nel caso di morte, la persona perde il contatto fisico ed emotivo con la persona cara, ma può conservare intatta, tanto l'immagine costruita di questa, come la rappresentazione della trama di reciprocità affettiva tra loro due. Nel caso di fallimento sentimentale, il contatto fisico ed emotivo, di solito si mantiene nel tempo e l'immagine dell'altro viene cambiata radicalmente tramite un processo complesso e lungo, durante il quale vengono elaborate e assimilate le tonalità emotive ambigue e ambivalenti, che sono proprie di questo tipo di lutto. Questo processo, proprio della fase terminale delle relazioni sentimentali, si verifica nello stesso modo nel corso della "separazione affettiva" tra l'adolescente e chi è stato il suo genitori di riferimento durante la fanciullezza.

Infatti, il distacco adolescenziale nei confronti del suo genitore rappresenta nel ciclo di vita individuale la prima esperienza di separazione e, quindi, può essere considerato come il processo di separazione prototipico della vita (Blom, 1980; Guidano, 1987). A riguardo ha scritto Guidano: "*Sebbene la separazione genitore-adolescente costituisca un processo fisiologico che si verifica normalmente in ogni ciclo di vita individuale, essa sembra ugualmente seguire un andamento graduale e oscillante abbastanza simile all'elaborazione del cordoglio che segue una perdita o un lutto*" (1987, p. 86). In realtà, ciò che accade durante l'adolescenza tra il soggetto in evoluzione e il suo genitore più significativo è un lungo e difficile processo di drastici cambiamenti nella rappresentazione tacita della trama di reciprocità affettiva tra loro; ed è questo il motivo per il quale la fenomenologia, risultante dall'elaborazione dei cambiamenti subiti dall'adolescente nell'esperienza affettiva durante questo processo, è simile all'elaborazione del cordoglio che segue a un fallimento sentimentale.

Sulla base delle precedenti considerazioni sosteniamo l'esistenza di un processo di lutto tacito (*Tacit Adolescent Mourning*, TAM) che si innesca nell'adolescenza come parte normale dello sviluppo, e la cui elaborazione sta alla base, sia dell'organizzazione funzionale del senso di identità personale, sia dei gravi disturbi psicopatologici che si verificano in quella fase dello sviluppo (Balbi, 2011, 2015).

L'evoluzione del Sé e l'organizzazione del senso affettivo personale nell'adolescenza

Come già anticipato nell'introduzione, riteniamo che la chiusura organizzativa del Sé non avvenga, come solitamente si sostiene, nei primi anni del ciclo di vita simultaneamente all'organizzazione del dominio emotivo individuale, ma nell'adolescenza, quando il sistema dell'identità personale raggiunge il suo massimo livello di astrazione. Questa caratteristica evolutiva del Sé, fa sì che, nel caso il bambino cambi il suo adulto di riferimento tra l'infanzia e la fanciullezza, non ci sia continuità lineare tra il pattern di attaccamento precoce, già precedentemente organizzato, e l'organizzazione

del senso affettivo personale. Una variabile di fondamentale importanza nella progressione dell'organizzazione dell'identità, è la comparsa di cambiamenti nell'esperienza soggettiva dell'irreversibilità del tempo (Balbi, 1994, 2011; 2015; Guidano, 1987, 1991). Nell'infanzia e nella fanciullezza, l'esperienza di una simmetria temporale è virtualmente assoluta. Il bambino dal punto di vista soggettivo non vede un collegamento tra il suo passato e il suo futuro, e la sua esperienza personale è percepita da lui come qualcosa che accade in un presente continuo. Nell'adolescenza le strutture cognitive astratte emergenti portano ad una crescente differenziazione sia dell'esperienza del sé nel presente con quella del passato, sia dell'immagine di sé nel futuro. È solo nell'adolescenza che l'esperienza soggettiva della temporalità si aggiunge all'intersoggettività affettiva come condizione ontologica, portando l'esperienza dell'amore ad una dimensione astratta senza precedenti, trasformando la vita umana in esistenza. È nell'adolescenza che la dimensione dell'amore sentimentale emerge come esperienza nuova e rivoluzionaria.

Il Sé, nell'adolescenza quando per la prima volta nel ciclo di vita attraversa un punto di biforcazione, ha un comportamento omologo a un sistema lontano dall'equilibrio, che opera secondo il principio dell'ordine attraverso fluttuazioni. In altre parole, nell'adolescenza l'identità attraversa momenti di elevata metastabilità (grave discrepanza affettiva), da cui emergerà un nuovo livello di organizzazione più astratto e integrato (nuovo senso di sé). L'importanza dell'adolescenza nello sviluppo individuale consiste nel fatto che in questa fase è organizzato un sistema astratto di autoregolazione dell'esperienza affettiva significativamente più complesso dei precedenti sistemi della fanciullezza. Nelle fasi precedenti dello sviluppo, l'esperienza di continuità viene regolata in modo concreto e in funzione del mantenimento di una determinata qualità del legame con l'adulto significativo: nell'infanzia, in termini di prossimità fisica ed emozionale, e nella fanciullezza in termini di accettazione del proprio comportamento e atteggiamento da parte dell'altro significativo. Durante queste tappe, il funzionamento delle

strutture cognitive, senso-motorie, pre-operatorie e operatorie concrete, facilitano la defocalizzazione e dissociazione dei sentimenti discrepanti generate, come per esempio, per mancanza di reciprocità, sentimenti ambivalenti o inganno e manipolazione, da parte del genitore, che possono esistere nella dinamica dello stress di attaccamento reciproco di questo legame (Balbi, 2022). Al contrario, in adolescenza, le strutture astratte generano l'emergenza subliminale di quelle discrepanze, producendo un cambiamento profondo dell'esperienza affettiva in corso, che, a sua volta, innesca una riorganizzazione radicale del sistema personale. Questo processo implica la costruzione di un nuovo sistema di autoregolazione dell'esperienza di sé, efficace per affrontare da parte dell'adolescente le nuove e intense oscillazioni emozionali generate dalle specifiche discrepanze affettive emergenti; rendendo così possibile l'esperienza, più o meno continua di un "senso affettivo personale" ontologicamente viabile. La costruzione di questa nuova istanza astratta del sistema dell'identità comporta anche la strutturazione di uno stile relazionale affettivo particolare, che sarà il modello per affrontare le relazioni sentimentali nel resto del ciclo di vita.

Il tipo specifico di discrepanza che l'adolescente deve affrontare è implicito nel rapporto tra il bambino ed il suo caregiver nella fase della fanciullezza ed è determinata dallo stile particolare della cura genitoriale durante questa tappa. A sua volta, la caratteristica peculiare di questa discrepanza definisce il tipo di senso affettivo che il suo sistema personale organizzerà nell'adolescenza. Data l'estensione di questo articolo non è possibile descrivere esaustivamente le caratteristiche delle tre organizzazioni del senso affettivo personale. Per questo motivo, di seguito, un breve riassunto delle principali caratteristiche di ciascuno di essi.

Le organizzazioni del Senso Affettivo Personale

Per comprendere l'esperienza dell'adolescente in trattamento da un punto di vista ontologico, lo psicoterapeuta deve tener conto che l'esperienza identitaria del suo paziente ha come componente fondamentale un'area predominante della sua esperienza fenomenologica, un'area che è stata definita nello specifico percorso evo-

lutivo della sua fanciullezza, queste diverse aree sono: sentimenti, emozioni, pensiero.

L'organizzazione del senso di autosufficienza affettiva: il predominio fenomenologico dei sentimenti

La caratteristica principale della strategie educative del genitore durante la fanciullezza, nella maggior parte dei casi nel tentativo non sempre consapevole, di rafforzare il carattere del bambino, è quella del “controllo privo di affetto” (*parental affectionless control*) (Parker, 1983a); caratterizzata dalla mancanza di sufficiente sostegno affettivo, allo stesso tempo si richiede al bambino, il raggiungimento di un livello di responsabilità e prestazioni sempre al di sopra delle sue possibilità emotive. Frequentemente si tratta di un genitore poco espansivo, indifferente e distaccato; di solito molto concentrato sul suo lavoro e che fa capire al bambino che il prestigio e il successo personale hanno la massima importanza nella vita, soprattutto quando è ottenuto attraverso una strenua lotta contro la difficoltà (Crittenden, 1995; Guidano, 1987, 1991). I bambini che trascorrono la loro fanciullezza in un intenso legame di attaccamento con un genitore che regola il proprio stress di attaccamento reciproco attraverso questa strategia educativa (Balbi, 2022), non attribuiscono la sofferenza emotiva generata da queste esperienze di rifiuto, indifferenza o abbandono, ad una mancata reciprocità da parte del genitore; ma come attribuibile a qualche caratteristica di se stessi, per esempio, alla propria incapacità di soddisfare le esigenze del genitore, o alla propria mancanza di simpatia. Un altro tipo di attribuzione causale che solitamente questi bambini fanno è legato ai problemi oggettivi che il genitore afferma di dover affrontare, come superlavoro e/o difficoltà nell'ambiente familiare, mancanza di risorse economiche per coprire i bisogni della famiglia, conflitto con l'altro genitore o l'assistenza di un altro bambino disabile, ecc. In generale, questi bambini rimangono in uno stato di grande preoccupazione per la situazione dei genitori e fanno un grande sforzo emotivo per evitare di esprimere i propri bisogni che potrebbero aggiungere nuovi problemi al genitore, e di conseguenza nuovi rifiuti del genitore nei confronti

del bambino stesso. Nell'adolescenza, dove la capacità di mentalizzazione raggiunge la sua massima espressione, si creano le condizioni per un cambiamento radicale nell'attribuzione causale di questa sofferenza, l'adolescente è ora in grado di attribuire, attraverso un'operazione metarappresentazionale tacita, la causa della sua sofferenza, piuttosto che ad una difficoltà oggettiva che il genitore è costretto ad affrontare, a una mancanza di reciprocità affettiva da parte del genitore nel suo confronto. Questo drastico cambiamento nella tacita trama della reciprocità affettiva con il genitore favorisce l'emergere dell'esperienza di non essere stato in grado di ottenere un attaccamento affettivo stabile e sicuro nonostante i continui sforzi compiuti in quella direzione nel passato (Bowlby, 1982; Guidano, 1987, 1991). A questa sofferenza si aggiunge (a causa dell'emergenza della dimensione esperienziale della temporalità) l'esperienza ancora più angosciante di sentire l'incertezza di essere capace di poter raggiungere un legame affettivo sicuro nel futuro. Questa nuova esperienza affettiva è quella che sta alla base delle severe oscillazioni emozionali che il nostro adolescente adesso deve inevitabilmente affrontare. Riguardo alla risoluzione adolescenziale di un percorso evolutivo del genere ha scritto Guidano, “*da una parte, l'emergere delle abilità logico-formali promuove nell'adolescente l'affiorare di un senso di sé come di un attivo protagonista della propria realtà che, come tale, impone il suo ordine al mondo, mentre dall'altra la sensazione di isolamento e di non-controllabilità dell'andamento delle proprie esperienze interpersonali innesca un senso di passività e disperazione che, di per sé, vanificherebbe qualsiasi tentativo di elaborare un senso di sé più attivo.*” (1987, p. 151). Per percepire un senso di sé capace di far fronte a queste forti fluttuazioni emotive, durante l'adolescenza e nel contesto di situazioni conflittuali che si verificano nel rapporto con il partner genitoriale, viene organizzato un “senso personale di autosufficienza affettiva” che, come tale, è capace di affrontare qualsiasi perdita e per questo motivo non cadrà mai in disperazione per un mancato amore (Balbi, 2013, 2015). Un sistema personale del genere tende alla dissociazione ogni volta che

quell'esperienza di disperazione per una mancanza di corrispondenza affettiva e inevitabile. È questo che avviene nella depressione clinica, in cui il sentimento profondo e doloroso di solitudine affettiva che prevale nella fenomenologia del paziente è totalmente dissociato dalla rappresentazione della perdita che lo origina.

L'organizzazione del senso di autonomia affettiva: il predominio fenomenologico delle emozioni e del loro correlato fisiologico

La caratteristica principale delle strategie educative del genitore durante la fanciullezza, nella maggior parte dei casi nel tentativo, non sempre consapevole, di rafforzare il sistema di allerta e di autotutela del figlio/a, è caratterizzata da un'interferenza o da una limitazione indiretta del comportamento esploratorio autonomo del bambino (Guidano, 1987). Per raggiungere questo obiettivo l'adulto si avvale della sua superiorità cognitiva, che gli permette di spaventare il bambino attraverso principalmente due tattiche: o con la descrizione di un mondo esterno (oltre l'ambiente strettamente familiare) pieno di pericoli e di persone di cui non ci si può fidare; o con minacce di abbandono del tipo "nel caso tu ti allontani troppo o per troppo tempo potrebbe capitare di non trovarmi al tuo ritorno" (Bowlby, 1969, 1973, 1980; Crittenden, 1995; Guidano, 1987, 1991; Parker, 1983b).

Il bambino che trascorre la sua fanciullezza in un intenso legame di attaccamento con un genitore che regola il proprio stress di attaccamento reciproco attraverso questa strategia educativa non è in grado di attribuire il disagio emotivo che prova, come risultato di tale limitazione esplorativa, a un atteggiamento coercitivo e restrittivo del suo partner di attaccamento, ciò implicherebbe un sentimento negativo nei suoi confronti. Al contrario, di solito questo disagio emotivo è avvertito dal bambino come qualcosa strettamente inerente all'amore con cui è assiduamente protetto da possibili pericoli, o attribuito al fatto di dovere essere sempre in grado di fronteggiare un abbandono imminente che, se si verificasse, comporterebbe la perdita assoluta di qualsiasi protezione (Guidano, 1987). Il ripetersi di questo tipo di situazione crea le condizioni per lo sviluppo di una attribuzione causale

del disagio emotivo che il bambino prova solo di immaginare di essere distante dal partner di attaccamento: "questa sofferenza avviene quando sono in balia della mia debolezza e fragilità". Così, il bambino arriverà all'inizio dell'adolescenza con un senso di sé assolutamente dipendente dal contesto nel quale si trova: in casa, il benessere che prova come risultato della continua protezione e attenzione ricevuta dal genitore, consente un senso di sé come persona amabile e di valore; mentre, il disagio che prova quando si trova lontano dal genitore suscita un senso di sé come un debole e incapace di prendersi cura di se stesso, difficilmente integrabile con il precedente senso di sé (Guidano, 1987).

Per comprendere lo sviluppo adolescenziale di un fanciullo/a che ha vissuto in questo contesto relazionale, è necessario avere conto del fatto che l'emergere del pensiero logico potenzia il pensiero laterale creativo, e con questo l'adolescente genera mondi immaginari alternativi che mettono in contraddizione quelli vissuti fino ad allora nell'ambito delle sue relazioni familiari. La conseguenza di queste nuove capacità è il venir meno dell'ingenuità, propria delle tappe precedenti dello sviluppo, e la trasformazione dell'adolescente in uno specialista nella percezione dell'inganno, dell'incoerenza e dell'ipocrisia esistenti nelle relazioni interpersonali (Bainbridge, 2009). Quest'ultimo cambiamento nel processo cognitivo è il più specifico dello sviluppo che stiamo descrivendo, poiché quello che succede in questo caso è che l'adolescente si accorge, inizialmente senza piena consapevolezza, delle esagerazioni e degli inganni del proprio genitore. Adesso l'adolescente si confronta con una discrepanza la cui componente principale è una nuova e inquietante sensazione di sfiducia verso le intenzioni del suo partner di attaccamento. Di conseguenza, quegli atteggiamenti di cura che prima erano vissuti come manifestazioni di affetto vengono ora interpretati come un tentativo di controllo. Un'altra discrepanza che solitamente soffre l'adolescente, e che genererà anche una mancanza di fiducia nel genitore, deriva dal "scoprirlo" come incapace di prendersi cura di lui/lei. Questo drastico cambiamento nella tacita trama della reciprocità affettiva con il genitore favorisce l'emergere

dell'esperienza di essere qualcuno che è stato cieco a queste manipolazioni a causa della sua incapacità di tenere sotto controllo le proprie emozioni e lasciarsi guidare dai suoi sentimenti affettivi verso il suo genitore. Questa sua "debolezza" è quello che lo ha portato a fidarsi così tanto del suo partner, cosa che non dovrà succedere mai più nel futuro. Di fronte a questa discrepanza affettiva, gli adolescenti aderiscono a un'immagine di sé da cui sono rigidamente esclusi tutti quegli aspetti, come debolezza, sentimenti affettivi, e paura della solitudine che li porterebbero inevitabilmente a percepirsi dipendenti dalla presenza fisica delle altre persone significative, proprio come in passato accadeva con il partner genitoriale (Guidano, 1987). Il senso di autostima e di competenza personale si identifica, adesso, con il controllo che si è in grado di esercitare sulle proprie emozioni e sentimenti. A riguardo ha scritto Guidano (1987), "questo impegno verso di sé come "soggetto controllante" influenza progressivamente lo sviluppo di un senso definito di identità personale; i comportamenti emotivi ed espansivi, e il sentimenti in genere, vengono così ad equipararsi al temuto senso di debolezza e fragilità e sono esclusi dalla gamma delle emozioni personali decodificabili." (p. 168).

Quindi, per percepire di modo più meno continuo un senso di sé compatibile con questa descrizione, durante l'adolescenza e nel contesto di situazioni conflittuali che si verificano nel rapporto con il partner genitoriale, viene organizzato un "senso personale di autonomia affettiva" (Balbi, 2013, 2015), che nella massima oscillazione emozionale, tende ad escludere dal campo della coscienza esplicita ogni esperienza immediata di sé che gli potesse dare il senso di essere determinato nelle sue scelte e nei suoi comportamenti a causa delle sue sentimenti affettivi verso qualcuno. Un tale sistema personale tende a dissociarsi ogni volta che, attraverso il semplice meccanismo di attenzione selettiva, non riesce a mettere quell'esperienza fuori dal campo della coscienza fenomenica. È quanto accade in un attacco di panico, in cui l'intero complesso affettivo, emozionale e rappresentativo, in relazione al legame in questione, rimane a livello inconscio nell'esperienza immediata

della persona, mentre il suo senso immediato di sé è alimentato solo dalla percezione della reazione fisiologica correlativa e dissociata.

L'organizzazione del senso di equanimità affettiva: il predominio fenomenologico del pensiero e dell'immaginazione

La strategia educativa del genitore, nel tentativo di formare il bambino nel sistema di regole e procedure che devono essere seguite per essere una persona integra che in futuro sarà socialmente accettata e rispettata, ha come caratteristica principale il dare assoluta priorità alla funzione educativa a discapito anche di una minima coordinazione emotiva. Gli atteggiamenti di questi genitori comportano un predominio assoluto delle spiegazioni razionali e delle procedure di ragionamento analitico (al di là delle capacità del bambino) rispetto alle forme di comunicazione immediate, come espressione di emozioni, giochi e spontaneità. In altre parole, questo tipo di genitori promuovono un'intersoggettività pressoché esclusivamente verbale e ipoattiva sul piano motorio ed espressivo emozionale (Adams, 1973; Guidano, 1987, 1991). Normalmente si tratta di un genitore totalmente dedito e attento all'educazione di tutti gli aspetti morali e sociali del bambino, e che intanto spiega il valore e l'importanza dell'amore tra i membri della famiglia, lo fa come un insegnante davanti alla classe, amplificando il contenuto intellettuale e distaccato affettivamente. Il genitore richiede continuamente al bambino di aderire rigorosamente a un ordine stabilito di regole e principi, che a loro volta richiedono l'esclusione di qualsiasi manifestazione emotiva e affettiva per il compimento (Clark, Bolton, 1985; Crittenden, 1995; Guidano, 1987, 1991). Per mantenere una buona coordinazione, il bambino deve annullare le sue emozioni ed essere totalmente attento a interpretare il pensiero logico che sta esprimendo il genitore, il che implica un compito difficile e altamente stressante; a riguardo ha scritto Guidano (1991) *"dato che le emozioni per loro natura, una volta attivate, sono inevitabili e ineludibili, per il bambino ogni modulazione emotiva è avvertita inevitabilmente come un senso pervasivo d'incontrollabilità, e questo concorre a stabilizza-*

re ulteriormente il suo orientamento verso la dimensione analitico-verbale.” (p. 51). In un contesto relazionale di questo tipo, il bambino può vedersi capace di mantenere l'accettazione e la stima del suo partner di attaccamento solo attraverso la sua assertività nell'adattarsi equamente alle sue richieste. Questo sforzo richiede un continuo stato di allerta, e allo stesso tempo richiede di tenere sotto controllo le inevitabili emozioni di rabbia (vissute inconsciamente) nei confronti dell'adulto. Come nei casi sopra descritti, il bambino non attribuisce il suo disagio all'atteggiamento del padre. Al contrario, apprezza positivamente il tempo che il padre gli dedica e lo sforzo che viene impiegato nell'insegnargli cose di grande importanza. Questo cambia radicalmente con l'emergere del pensiero logico astratto che facilita la comparazione dell'esperienza affettiva soggettiva con le altre possibili. È sufficiente che l'adolescente osservi o conosca una relazione tra un genitore e un figlio con caratteristiche alternative alla propria, per esempio un genitore più affettuoso o meno esigente del proprio, affinché egli possa scoprire quanto gli sia più difficile, o impossibile, controllare i sentimenti ambivalenti nei confronti del proprio genitore, che, d'altra parte, non sente più come il detentore della verità assoluta in tutte le cose. Il nocciolo dello squilibrio affettivo in questi casi risiede nell'emergere di sentimenti ambivalenti, mai provati prima a livello cosciente, nei confronti del genitore. Sensazioni che, a loro volta, quando vissute, mettono in dubbio il valore morale ed etico dell'adolescente stesso. Durante tutta l'adolescenza e nel contesto di situazioni conflittuali che si verificano nel rapporto con il partner genitoriale, l'intensa angoscia generata da questa severa discrepanza affettiva spinge il sistema personale all'organizzazione di un "senso personale di equanimità affettiva"; che nella massima oscillazione tende ad escludere dal campo della coscienza esplicita ogni esperienza immediata di sé che gli dia il senso di essere qualcuno ingiusto o dannoso per la persona che ama (Balbi, 2013, 2015). Questo genere di sistema personale tende alla dissociazione ogni volta che, attraverso il semplice meccanismo di attenzione selettiva non riesce a mettere fuori del campo della coscienza fe-

nomenica intensi sentimenti di rabbia nei confronti di una persona amata; sentimenti che, per la loro natura, mettono in crisi il senso di sé. È quanto accade nel disturbo ossessivo compulsivo, in cui l'intero complesso affettivo che prova la persona a livello inconscio, emozioni e sentimenti che stanno alla base di questi sentimenti di rabbia, rimane a livello inconscio, mentre il senso immediato di sé risulta dalla percezione dalle rappresentazioni dissociate, pensieri intrusivi, immagini e impulsi ricorrenti, che invadono il campo della coscienza, innescando un livello tale di ansia, che spinge la persona ad attuare azioni ripetitive materiali o mentali per tranquillizzarsi.

Presentazione di un caso clinico e dinamica dello scompenso

Laura, una giovane di 23 anni, operante nel campo della gastronomia, che durante la sua adolescenza precoce era stata seguita per un disturbo anoressico, arriva alla consulenza inviata da un collega che ha diagnosticato un disturbo borderline di personalità. Nel primo incontro esprime interesse ad essere aiutata in psicoterapia, poiché è molto addolorata per le difficoltà a regolare gli stati emotivi che prova nei confronti di Roberto, un ragazzo con cui ha iniziato una relazione tre mesi prima. Manifesta come problema l'emergenza improvvisa di sentimenti discrepanti con quelli che provava prima, dubbi riguardo se continuare la relazione con Roberto, che dice di amare, gli trova difetti importanti che dopo pochi minuti non hanno più significato. Nonostante i suoi dubbi su quanto le piaccia Roberto, viene improvvisamente colta da un forte sentimento di gelosia e sospetti di essere stata tradita, portandola a monitorare continuamente il comportamento di Roberto; prova anche eccessi di rabbia nei confronti di Roberto, che innescano feroci litigi. Quando le accade, prova una profonda angoscia, considera questi cambiamenti nel suo affetto per Roberto come estranei e teme che certe sue attitudini rovinino la relazione e, come conseguenza, perda anche Roberto, "come è successo più volte con altri ragazzi nell'ultimo anno". Laura è mortificata nel provare questi scoppi di rabbia intensa, persino verso sua madre. Un altro comportamento

che la preoccupa è la compulsione a comprare vestiti e scarpe, spendendo eccessivamente i risparmi accumulati pazientemente durante il periodo in cui ha lavorato a Londra, “non mi riconosco è come se mi fossi trasformata in un’altra persona”. Tuttavia, dice, “sono stata in una situazione ancora peggiore, da quando sono tornata dall’Inghilterra e per quasi un anno fino a quando non ho conosciuto Roberto ho sofferto di uno stato depressivo, che mi ha portato a prendere una quantità eccessiva di ansiolitici, per cui sono stata ricoverata in ospedale; “non volevo morire, volevo solo liberarmi da quella sensazione insopportabile di vuoto e dall’angoscia che mi schiacciava”. Laura vive con la madre quarantottenne, che fa la commessa. La mamma di Laura è separata dal padre da quando lei ne aveva tre, ha un fratello minore di dodici anni, Paolo, che sua madre ha avuto con un nuovo compagno. Suo padre è morto quando lei aveva nove anni. Quando Laura aveva undici anni, sua madre inizia la convivenza con Giovanni, il nuovo compagno e padre di Paolo, che viene a vivere a casa loro; sotto la casa dei nonni materni, ai quali Laura era molto attaccata, e che morirono entrambi prima della fine dell’anno successivo. Con l’arrivo di Giovanni, ricorda Laura: “all’inizio mi sono sentita sollevata dall’ansia di dover tornare di corsa a far compagnia a mia madre, che non sopportava di stare a casa da sola”. La tregua durò poco, *“dopo un po’ le liti tra Giovanni e mamma erano continue e arrivavano ad aggressioni fisiche reciproche”*, *“sono stata sempre vigile e pronta a difendere mia mamma”*, *“tutto è diventato più serio e caotico dopo la morte di mia nonna e la nascita di mio fratello”* *“sono stata costretta ad aiutare mia madre a prendersi cura del mio fratellino appena nato perché ho visto che non era capace di farlo da sola”*. Durante il percorso terapeutico, Laura ha potuto ricordare che in questo periodo le viene in mente l’idea di dover trovare un modo per uscire da quella casa, ma ancora non sa come o dove andare una volta uscita. Ha anche potuto ricostruire che questa idea è arrivata contemporaneamente alla nuova immagine di sua madre come donna passiva incapace di prendersi cura di lei e del suo fratellino. Più avanti nel trattamento, aiutata nell’au-

to-osservazione dalla guida terapeutica, Laura si rende conto che in quel primo periodo dell’adolescenza, la restrizione alimentare di cui era capace, le dava la sensazione di essere una persona che ha il controllo di se stessa e, di conseguenza, qualcuno capace di aiutare la madre in mezzo a un tale caos familiare. Nonostante tutte queste difficoltà Laura ha conseguito la sua maturità classica, dopo un ciclo regolare di studi e un periodo piacevole anche sul piano sociale, coltivando amicizie e piccoli flirt come i suoi coetanei. Terminato il liceo, decide di seguire un prestigioso corso di formazione specialistica in gastronomia, animata dall’idea di realizzare in breve tempo, in quanto il corso ha una durata di un anno, il suo sogno di andare a lavorare a Londra, presso il ristorante dei suoi “zii”, in realtà una coppia di siciliani, vecchi amici di suo padre, dei quali Laura sente di essere adottata. A Londra durante il suo primo anno di lavoro, conosce Tommaso, sei anni più grande di lei, con il quale intraprende una relazione sentimentale reciprocamente coinvolgente. I suoi “zii” decidono di ampliare la loro attività, aprendo un altro ristorante a Bristol e chiedono a Laura di esserne il direttore responsabile, “non mi sentivo sicura di esserne in grado, ma hanno insistito dicendomi che ero già pronta”; nella stessa settimana scopre di essere incinta di Tommaso, che si dichiara pronto a proseguire la gravidanza e la coppia con lei. Laura, di fronte a questo bivio, appoggiata dagli “zii” decide di abortire e andare avanti con il suo lavoro e la sua carriera professionale, trasferendosi quindi a Bristol e interrompendo la relazione con Tommaso. I quattro mesi in cui è stata responsabile del ristorante di Bristol sono stati un incubo, oltre alla tensione derivata dall’eccessiva responsabilità e dal numero di ore di lavoro, si è aggiunta la preoccupazione per la situazione della madre, che la chiamava continuamente, lamentandosi dei maltrattamenti di Giovanni, che l’aveva minacciata di abbandonarla. Uno di quei giorni, dopo un forte litigio con uno degli impiegati, subisce un attacco d’ansia (lei dice attacco di panico) in cui si sente come se il suo cuore stesse per esplodere e che non riesce a respirare. Mentre viene assistita in pronto soccorso, le viene in mente che deve lasciare tutto e tornare a casa, in

Italia. Già a casa, Laura scopre che sua madre, devastata dall'abbandono di Giovanni, sta anche peggio di lei e non è assolutamente in grado di darle conforto, "e proprio in quel momento che è iniziato l'incubo che vivo da un anno e mezzo.

Laura ha trascorso la sua fanciullezza in una relazione di reciproco attaccamento con sua madre - una donna affetta da un disturbo d'ansia cronico, legato alla paura della solitudine - che ha continuamente attribuito alla piccola Laura la responsabilità di presunte gravi malattie che potrebbero affliggerla se fosse lasciata sola e senza nessun aiuto. Ovvero, una tipica relazione madre-figlia invertita, in cui Laura è stata costretta a prendersi cura della madre. Il sistema personale di Laura, a seguito dell'elaborazione delle discrepanze affettive tipiche del suo tacito lutto adolescenziale, organizza un senso di autonomia affettiva che, fino all'età di ventuno anni, le consente uno sviluppo funzionale tipico di una ragazza psichicamente sana. Lo scompimento di Laura comincia con l'attacco di ansia, quando il sistema personale, per mantenere la continuità del senso di autonomia, ancorato alla trama tacita di affettività con la madre, dissocia l'insieme di emozioni, sentimenti e rappresentazioni legate all'esperienza di perdita che ha implicato: la separazione da Tommaso, l'interruzione della gravidanza e la percezione di abbandono degli "zii" che appoggiano la scelta dell'aborto per realizzare il progetto professionale. Resta nella fenomenologia cosciente solo la percezione delle reazioni fisiologiche legate all'ansia e il senso di essere una persona fuori controllo, in pericolo e incapace di curarsi da sola. Tornata in Italia e trovando la madre in condizioni peggiori della propria, i sintomi di Laura aumentano per la dissociazione tra: - l'urgenza di cure e protezione affettiva e la corrispondente delusione e tristezza di non averle -, che rimane nella dimensione inconscia e, la fenomenologia conscia - esperienza di rabbia intensa e incontrollabile, comportamento compulsivo di acquisto e ricerca di relazioni erotiche -, che fornisce, sintomaticamente, la percezione di essere una persona che ha ripreso il controllo della propria vita.

Conclusioni

La fenomenologia risultante dall'elaborazione dei cambiamenti subiti dall'adolescente

nell'esperienza affettiva tacita nel confronto del genitore è simile a quella risultante dall'elaborazione del cordoglio che segue una perdita o un lutto. Sulla base di questa evidenza sosteniamo che, anche per il caso in cui la discrepanza affettiva non sia grave, questa riorganizzazione del sistema personale implica per il soggetto l'affrontare, per la prima volta nel ciclo di vita un processo di lutto tacito (*Tacit Adolescent Mourning*); la cui elaborazione sta alla base, sia dell'organizzazione funzionale del senso di identità personale, sia dei gravi disturbi psicopatologici che si verificano in questa fase dello sviluppo. La struttura di questo lutto e la forma della sua risoluzione durante il processo adolescenziale, determineranno la vulnerabilità psicopatologica specifica della persona, sia nel periodo giovanile, sia nell'età adulta. Sosteniamo la tesi che la causa del disturbo borderline di personalità, e di tutti gli altri tipi di disturbi di personalità che hanno esordio nella terza decade di vita, si trova nella cronicità di un'elaborazione disfunzionale del lutto tacito adolescenziale.

Bibliografia

- Adams P. L. (1973) tr. it. Le ossessioni nei bambini. Boringhieri, Torino.
- Baars B. J. (1997) In the Theater of Consciousness: The Workspace of the Mind. *Journal of Consciousness Studies* 4 N. 4, pp. 292-309.
- Bainbridge D. (2009) Teenagers: A Natural History. Greystone Books, Vancouver.
- Balbi J. (1994) tr. it. Terapia Cognitiva Post-Razionalista. Conversazioni con Vittorio Guidano, Alpes, Roma, 2014.
- Balbi, J. (2004) tr. it. La mente narrativa. Verso una concezione post-razionalista dell'identità personale, FrancoAngeli, Roma, 2009.
- Balbi J. (2011) Metarappresentazione affettiva tacita e senso di identità personale. Un approccio alla comprensione delle gravi patologie psichiatriche dell'adolescenza e giovinezza, *Rivista di Psichiatria*, 46(5): 337-342.

- Balbi J. (2013) Il ruolo del processo tacito dell'affettività nello sviluppo del senso di identità personale e nella psicopatologia in adolescenza. In: Nardi, Arimatea (a cura di) *Lavorare con la conoscenza tacita. Atti del XIV Convegno di Psicologia e Psicopatologia Post-razionalista*. Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona.
- Balbi J. (2015) *Adolescence, Order through Fluctuations and Psychopathology. A Post-Rationalist Conception of Mental Disorders and Their Treatment on the Grounds of Chaos Theory*. *Chaos and Complexity Letters*, 9 (2): 85-105.
- Balbi J. (2017) *Il Trattamento del legame: Un metodo post-razionalista per i disturbi psicopatologici dell'adolescenza*. In: Nardi, Del Papa, Colucci (a cura di) *Promuovere il Cambiamento. Atti del XVIII Convegno di Psicopatologia Post-Razionalista*, Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona, 2017.
- Balbi J. (2022) *ABT (Affective Bond Therapy). Il metodo del post-razionalismo ontologico per il trattamento dei disturbi psicopatologici complessi negli adolescenti - I parte, Prospettive Post-razionaliste*, 3(1-2): 41- 62.
- Balbi, J., Colucci D'Amato, A. (2020) *Metodo e tecnica della terapia post-razionalista. È conveniente svelare al paziente le sue regole di funzionamento?* *Prospettive Post-razionaliste*, 2(1): 5 - 17.
- Bara, B. (1991) *Scienza cognitiva*. Boringhieri, Torino.
- Battle C.L., Shea M. T., Johnson D. M., Yen S. Zlotnick C., et al. (2004) *Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study*. *Journal of Personality Disorders*, 18(2): 193-211.
- Bloom M. V. (1980) *Adolescent-parental Separation*. Gardner, New York.
- Bowlby J. (1969) tr. it. *Attaccamento e perdita*, vol. 1, *L'attaccamento alla madre*. Boringhieri, Torino, 1972.
- Bowlby J. (1973) tr. it. *Attaccamento e Perdita*, vol. 2, *La separazione dalla madre*. Boringhieri, Torino 1975.
- Bowlby J. (1980) tr. it. *Attaccamento e Perdita*, vol. 3, *La perdita della madre*, Boringhieri. Torino, 1983.
- Breuer J., Freud S. (1893) tr. sp. *El mecanismo psíquico de los fenómenos históricos*. In: Sigmund Freud, *Obras Completas*, Tomo I. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, 1981.
- Bromberg P. M. (2006) tr. it. *Destare il sognatore. Percorsi clinici*. Raffaello Cortina, Milano, 2009.
- Bromberg P. M. (2011) tr. it. *L'ombra dello tsunami. La crescita della mente relazionale*. Raffaello Cortina, Milano, 2012.
- Clark D. A. e Bolton D. (1985) *Obsessive-Compulsive Adolescents and Their Parents. A Psychometric Study*. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, Vol. 26, 267-76.
- Cohen P. Crawford T. N., Johnson J. G., Kasen S. (2005) *The children in the community study of developmental course of personality disorder*. *Journal of Personality Disorders*, 19(5): 466-486.
- Crittenden P. (1995) *Attachment and Psychopathology*. In: Goldberg (Ed.) *Attachment theory: social, developmental, and clinical perspectives*. Hillsdale. Analytic Press. New York.
- De Bei F., Lingardi V. (2012) *Prefazione all'edizione italiana*. In: Bromberg (2011) *L'ombra dello tsunami. La crescita della mente relazionale*. Raffaello Cortina, Milano, 2012.
- Dehaene S. (2014) tr. it. *Coscienza e cervello. Come i neuroni codificano il pensiero*. Raffaello Cortina, Milano, 2014.

- Díaz-Benjumea L. J. (2008) *Conceptualización y clínica de los fenómenos disociativos: una revisión detallada de las diferentes posturas* [Howell, E.F., 2005]. *Aperturas psicoanalíticas*, 29.
- Dorpat T. L. (1973) *Suicide, loss, and mourning*. *Life-Threatening Behavior*, 3: 213-224.
- Edelman G. M. (1989) tr. it. *Il presente ricordato*. Rizzoli, Milano, 1991.
- Freud S. (1917) tr. sp. *Duelo y melancolía*. In: Freud, *Obras completas*. Amorrortu Editores, vol. XIV, Buenos Aires, 1989.
- Froufe M. (1997) *El inconsciente cognitivo. La cara oculta de la mente*. Biblioteca Nueva, Madrid.
- Froufe M. (2000) *¿Se puede investigar objetivamente la (<<in>>) experiencia subjetiva? Innovaciones metodológicas en el estudio del inconsciente*. *Psicothema*, 12, supl. 2: 241-244.
- Froufe, M. (2003) *Disociaciones entre cognición y conciencia, hacia un modelo multimodular e integrado de la mente*. *Estudios de Psicología*, 24(2): 163-188.
- Froufe M., Sierra Díez B., Ruiz M.A. (2009) *“El ‘Inconsciente Cognitivo’ en la psicología científica del S. XXI. Nuestra mente oculta”*. *Extensión Digital*, 1 - ISSN 18519237.
- Giesbrecht T., Mercklebach H. (2008) *The complex overlap between dissociation and schizotypy*. In: Moskowitz, Schafer, Dorahy (Eds.) *Psychosis, Trauma and Dissociation*. Wiley-Blackwell, Chichester, UK, pp. 79-90.
- Golier J. A., Yehuda R., Bierer L.M. et al. (2003) *The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events*. *American Journal of Psychiatry*, 160(11): 2018-2024.
- Guidano V.F. (1987) tr. it. *La Complessità del Sé. Un Approccio Sistemico-Processuale alla Psicopatologia e alla Terapia Cognitiva*. Bollati Boringhieri, Torino, 1988.
- Guidano V.F. (1991) tr.it. *Il Sé nel suo Divenire. Verso una Terapia Cognitiva Post-Razionalista*. Bollati Boringhieri, Torino, 1992.
- Harris, A. E. (2011) *The relational tradition: Landscape and canon*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 59(4): 701-736.
- Hart D. Fegley S. (1997) *Children’s self-awareness and self-understanding in culture context*. In: Neisser, Jopling (Eds.) *The conceptual self in context. Culture, Experience, Self-Understanding*. Cambridge University Press, UK.
- Howell E. (2005) *The dissociative mind*. Analytic Press, Hillsdale, N.J.
- Janet P. (1923) tra. it. *La medicina psicologica*. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1994.
- Kihlstrom J. F. (1987) *The cognitive unconscious*. *Science*, 237: 1445-1452.
- Kihlstrom J. F. (2005) *Dissociative disorders*. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1: 227-253.
- Laporte L., Guttman H. (1996) *Traumatic childhood experiences as risk factors for borderline and other personality disorders*. *Journal of Personality Disorders*, 10: 247-259.
- La Rosa C., Onofri A. (2015a) *Una visione evolucionista del lutto*. In: Onofri, La Rosa (a cura di) *Il Lutto. Psicoterapia cognitivo-evolucionista e EMDR*. Giovanni Fioriti, Roma.
- La Rosa C., Onofri A. (2015b). *La psicoterapia del lutto*. In: Onofri, La Rosa C. (a cura di) *Il Lutto. Psicoterapia cognitivo-evolucionista e EMDR*. Giovanni Fioriti, Roma, pp. 159-183.
- Lindemann E. (1944) *Symptomatology and management of acute grief*. *American Journal of Psychiatry*, 101: 141-148.
- Liotti G. (1993) *Etiopatogenesi dei disturbi dis-*

sociativi. In: Liotti (a cura di) *Le discontinuità della coscienza. Etiologia, diagnosi e psicoterapia dei disturbi dissociativi*. Franco Angeli, Milano.

Liotti G., Farina B. (2011) *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Raffaello Cortina, Milano.

Liotti G., Liotti M. (2019) tr. it. *Riflessioni su alcuni contributi alla psicotraumatologia contemporanea alla luce della critica di Janet a Freud*. In: Craparo, Ortu, van der Hart (a cura di) *Riscoprire Pierre Janet. Trauma dissociazione e nuovi contesti per la psicoanalisi*. Franco Angeli, Milano, 2020

McClelland J. L., Rumelhart D. E. (1986) *Parallel distributed processing: Explorations in the microstructure of cognition*. Cambridge, Mass., MIT Press.

Meares R. (2012) tr. it. *Un modello dissociativo del disturbo borderline di personalità*. Raffaello Cortina, Milano, 2014.

Onofri A., La Rosa C. (a cura di) (2015) *Il Lutto. Psicoterapia cognitivo-evoluzionista e EMDR*. Giovanni Fioriti, Roma.

Onofri A. (2015) *Il lutto e la terapia EMDR*. In: Onofri, La Rosa C (cura di) *Il Lutto. Psicoterapia cognitivo-evoluzionista e EMDR*, Giovanni Fioriti, Roma (pp. 203-213).

Panksepp J., Biven L. (2012) *The Archeology of Mind. Neuroevolutionary Origins of Humans Emotions*. Norton & Company, New York.

Parker G. (1983a) Parental "Affectionless Control" as an Antecedent to Adult Depression. A risk factor delineated. *Archives General Psychiatric*, 40: 956-960.

Parker G. (1983b) Parental Overprotection: A risk Factor in Psychosocial Development. *Grun & Stratton*, Londra.

Parkes C. M. (1991) tr. it. *Attaccamento, legame e problemi psichiatrici successivi a una per-*

dità in età adulta. In: Parkes, Stevenson-Hinde, Marris (a cura di) *L'attaccamento nel ciclo della vita*. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1995.

Parkes C. M., Weiss R. S. (1983) *Recovery from bereavement*. Basic, New York.

Rogosch F. A., Chicchetti D. (2005) Child maltreatment, attention networks and potential precursors to borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17(4): 1071-89.

Schore A. N. (2011a) tr. it. *Attaccamento, trauma, dissociazione. Una premessa neurobiologica*. Introduzione. In: Bromberg (2011) tr. it. *L'ombra dello tsunami. La crescita della mente relazionale*. Raffaello Cortina, Milano, 2012.

Schore A. N. (2011b) The right brain implicit self lies at the core of psychoanalysis. In: *Psychoanalytic Dialogues*, 21, pp. 75-100. <https://doi.org/10.1080/10481885.2011.545329>

Schore, A. N. (2014) The right brain is dominant in psychotherapy. *Psychotherapy*, 51(3): 388-397. <https://doi.org/10.1037/a0037083>

Sanders C. M. (1989) *Grief: the morning after. Dealing with Adult Bereavement*. Wiley and Sons, New York.

Siegel D. (1999) tr. it. *La mente relazionale*. Raffaello Cortina, Milano 2001.

Solomon R., Rando T., (2015) Utilizzo dell'EMDR nel trattamento del dolore del lutto. In: Onofri, La Rosa (a cura di) *Il Lutto. Psicoterapia cognitivo-evoluzionista e EMDR*. Giovanni Fioriti, Roma.

Spiegel D., Cardeña E. (1991) Disintegrated experience: The dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (3): 366-378.

Tinnin L. (1990) Mental unity altered states of consciousness and dissociation. *Dissociation*, 3: 154-159.

Verardo A. R. (2015). Il lutto nei bambini e negli adolescenti: l'utilizzo dell'EMDR. In: Onofri, La Rosa (a cura di) *Il Lutto. Psicoterapia cognitivo-evoluzionista e EMDR*. Giovanni Fioriti, Roma, pp. 159-183.

Weiss, R. (1995) tr. it. Il legame di attaccamento nell'infanzia e nella vita adulta. In: Parkes, Stevenson-Hinde, Marris (a cura di.) *L'attaccamento nel ciclo della vita*, Il Pensiero Scientifico, Roma.

Worden J.W. (1991) *Grief counseling and therapy. A handbook for the mental health practitioner*. Springer, New York.

Zanarini M. C. (2000) Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *The Psychiatric clinics of North America*, 23: 89-101.

Zanarini M. C., Yong L., Frankenburg F.R., Hennen J., Reich D. B., Marino M. F., Vujanovic A. A. (2002) Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychosocial impairment among borderline inpatients. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 190(6): 381-387.