

“La chimera nell’esperienza dell’abusato e del trapiantato”

Silvia De Acutis, Domenico A. Nesci

Questo lavoro è il frutto di alcune riflessioni su esperienze cliniche che caratterizzano il tirocinio degli allievi della Scuola Internazionale di Psicoterapia nel Setting Istituzionale, dove è possibile, oltre a seguire pazienti ambulatoriali che chiedono una psicoterapia in un setting istituzionale (in questo caso un ospedale), svolgere anche in équipe attività di sostegno psico-oncologico ai pazienti ricoverati. Questo testo, in particolare, riprende alcune osservazioni di una tesi di specializzazione in psicoterapia (De Acutis, 2010) dove l’idea originale era quella di aver individuato un interessante nesso associativo tra i vissuti di pazienti oncologici sottoposti a trapianto di midollo osseo ed un percorso psicoterapeutico individuale, condotto al ritmo di una seduta settimanale, con una paziente che aveva chiesto aiuto, apparentemente, per una depressione, e che si era invece poi rivelata, nel corso del trattamento, come vittima di un abuso sessuale. La contemporaneità delle due esperienze e la possibilità di integrarle, in vari momenti di supervisione, oltre che nel lavoro di elaborazione della tesi, hanno favorito probabilmente la scoperta e l’approfondimento di questo nesso associativo che ha finito per produrre una fecondazione reciproca tra le due operazioni di cura facilitando una maggiore comprensione psicodinamica di entrambe.

Il primo rilievo “sul campo” è stato quello di realizzare, ad un certo momento della psicoterapia, quanto il vissuto dei pazienti trapiantati o in attesa di trapianto di midollo, potesse essere sovrapponibile a quello della paziente vittima di un abuso sessuale. L’intuizione iniziale, frutto dell’elaborazione dei movimenti controtransferali della terapeuta, era quella che l’abuso potesse essere pensato come un allotrapianto¹. Da qui la specializzanda ha cominciato a leggere gli scritti di alcuni autori che riflettono sui trapianti (Castelli-Gattinara et al., 2005; Politi e Torretta, 2005; Castelnuovo-Tedesco, 2005) in una concezione unitaria mente-corpo. C’è infatti un attacco al corpo ed alla sua integrità, sia nel vissuto dell’abusato che del trapiantato, un attacco al sé e all’equilibrio mentale del soggetto. Ciò risulta più facilmente comprensibile se “l’organo o il tessuto trapiantato non sono visti solo come una protesi o un pezzo di ricambio, ma anche come uno dei luoghi della storia del donatore; storia che implica pertanto una sua integrazione nella rappresentazione del corpo di chi lo riceve e una riorganizzazione dell’identità personale” (Castelli-Gattinara et al., 2005).

Il vissuto del paziente trapiantato è che un frammento dell’identità, non solo biologica, dell’altro, si sostituirà e si aggiungerà alla propria identità (Castelli-Gattinara et al., 2005). Ne può così conseguire “l’esperienza dell’intruso” (Nancy, 2000), vale a dire la sensazione di non essere più se stessi, di sentire dentro di sé qualcosa di proprio e qualcosa di alieno appartenente all’altro, oppure, l’esperienza paradossale di essere un parziale “*replacement*” di qualcun altro (Nesci, 2007).

¹ Per allotrapianto si intende il trapianto di organi e tessuti da un individuo all’altro.

Come osservano alcuni autori, “il corpo del trapiantato diventa, quindi, a seguito del trapianto, una chimera², un corpo fatto di parti eterogenee” (Politi e Torretta, 2005). Approfondendo l’associazione tra trapianto e abuso, si può anche affermare che tanto nelle vittime di abuso, quanto nei trapiantati, non solo il corpo ma anche l’identità dell’individuo sono vissuti come una chimera, “esseri perturbanti che gli antichi chiamavano *monstra*” (Politi e Torretta, 2005). Approfondendo la letteratura psicoanalitica sul trauma si trova ulteriore conferma dell’analogia ipotizzata, ad esempio in Ferenczi (1932), che parla di “trapianti estranei” per descrivere contenuti psichici di carattere spiacevole, frutto di una introiezione forzata nel bambino di tutto ciò che attiene al trauma sessuale e alla relazione con l’altro che lo infligge (Cabré, 1998).

Come Ferenczi (1932) anche altri autori si riferiscono a questa esperienza di intrusione ed al conseguente sentimento di estraneità parlando di identificazione con l’aggressore (Anna Freud, 1932; Montecchi, 2002), identificazioni alienanti (Brosio, 2005), introiezione maligna (Meares, 2005). A queste teorizzazioni possiamo associare anche quella avanzata da uno dei primi psichiatri della storia del movimento psicoanalitico che ha descritto il delirio della macchina influenzante (dove il soggetto si sente completamente controllato dall’esterno) come tema sottostante ad ogni delirio schizofrenico (Tausk, 1919). Spaziando così da esperienze che si collocano in scenari nevrotici fino ad arrivare a quadri psicotici conclamati, il vissuto della chimera assume un rilievo estremamente importante, al punto che la sua figura mitologica viene rivisitata come *topos* della situazione analitica, dove tra paziente e terapeuta, nel lavoro analitico, si vivono oscillazioni del sentimento di identità (de M’Uzan, 1994).

Il caso della Sig.ra F.

Il percorso psicoterapeutico a cui si fa riferimento è in realtà il secondo intrapreso dalla Sig.ra F. (come abbiamo soprannominato la nostra paziente), la quale era precedentemente seguita da un’altra psicoterapeuta nel medesimo setting istituzionale.

In virtù dell’abuso subito la paziente sente di essere stata intrusa e contaminata. Significativamente, la paziente ha potuto prendere contatto con questi sentimenti soltanto in questa seconda psicoterapia e solo dopo circa un anno e mezzo dall’inizio di questo secondo percorso terapeutico. La Sig.ra F. è stata fortemente scossa dalla “relazione traumatica” con l’abusante, una relazione in cui, a causa del salto generazionale tra i due soggetti coinvolti, si assiste, come sottolinea Ferenczi (1932), ad una “confusione delle lingue” tra il linguaggio dell’adulto e quello del bambino. Il linguaggio della tenerezza del bambino è stato confuso con la sessualità e l’aggressività dell’adulto.

Prima di riuscire a recuperare i ricordi e i vissuti del trauma, la paziente attraversa una fase di profonda depressione durante la quale è ancora ignara di quanto il suo disagio sia connesso all’abuso subito. Quello che appare evidente sin da subito è che la Sig.ra F. vive la relazione con

² La chimera nella mitologia greco-romana è un mostro con corpo e testa di leone, con una seconda testa di capra sporgente dalla schiena e con una coda di serpente. In Biologia le chimere sono organismi formati da cellule con materiale genetico proveniente da due o più organismi della stessa specie o di specie diverse. Le persone che ricevono un organo da un donatore rientrano quindi nella definizione di chimera. Le chimere vengono attualmente studiate in Medicina per progredire nella possibilità di fare trapianti senza avere fenomeni di rigetto ed in Embriologia per poter salvare specie a rischio di estinzione. Su queste nuove prospettive aperte dalla ricerca c’è un ampio dibattito bioetico in corso.

l'altro in modo caratteristico: l'altro viene vissuto come intrusivo, prevaricante, ambiguo e inaffidabile anche quando non si tratta di uno sconosciuto. Al cospetto dell'altro la paziente si sente passivizzata e l'assunzione di un ruolo succube la umilia scatenando vissuti di rabbia auto ed etero-diretti. Ella si sente continuamente esposta ad una minaccia, ad un pericolo imminente, e vive le situazioni sociali come esami da superare in cui verificare se è all'altezza, se è adeguata e se riesce a sopravvivere al confronto con l'altro. Le relazioni divengono per la paziente difficilmente sostenibili, anche perché si sente spesso costretta ad assumere una posizione in cui non si riconosce. La Sig.ra F. si sentiva costretta ad una costante recita in cui lo sforzo più grande era nascondere la sua insicurezza e il suo sentimento di vulnerabilità.

Inizialmente la Sig.ra F. consente alla terapeuta di accedere alla sua esperienza interna attraverso continui resoconti incentrati su scenari della sua vita quotidiana, familiare e lavorativa. La Sig.ra F., infatti, passa le sue sedute a corrodersi dalla rabbia mentre descrive nei minimi dettagli una serie di episodi diversi per contenuto, ma accomunabili dal fatto che sembrano tutti riconducibili ad una sua "ferita", non meglio identificata, ad un sentimento di rivalsa e di frustrazione-umiliazione per tutte quelle volte che si è sentita relegata in un ruolo passivo-sottomesso o in cui non è riuscita ad assumere un atteggiamento assertivo. La terapeuta coglie il suo vissuto di inadeguatezza e il suo bisogno incolumabile di essere riconosciuta e riparata, di "essere vista", anche perché nel momento in cui è subentrata alla precedente psicoterapeuta, sempre nello stesso setting istituzionale, la paziente le aveva fatto sentire con forza il suo timore che lei fosse incompetente, in quanto più giovane rispetto alla prima. La discussione serena di questi dubbi e timori della paziente, e l'esplicitazione del fatto che avrebbe potuto rivolgersi alla precedente terapeuta, lasciando il setting istituzionale, senza ferire la sua sensibilità, avevano rassicurato la paziente (forse sulla possibilità di potersi opporre ad un qualunque tipo di "abuso", anche agli "abusi di potere istituzionali") facilitando lo stabilirsi di una alleanza terapeutica sulla base di un comune sentimento/timore di inadeguatezza per "inesperienza".

Va sottolineato che comunque la nuova terapeuta, mentre empatizzava con questi vissuti della paziente, ne avvertiva il carattere eccessivo e sproporzionato rispetto agli eventi quotidiani che li scatenavano. Si è trovata così a rimandare alla paziente, con un atteggiamento empatico, quanto forse i suoi vissuti non fossero tanto connessi a quegli eventi in sé, ma a qualcosa che questi evocavano in lei. La terapeuta osservava anche, in queste fasi iniziali del trattamento, come fosse forte nella paziente la tendenza ad alternare un atteggiamento compiacente-dimesso ad un atteggiamento più autoritario-dominante che adottava quasi sempre per compensare i vissuti di inadeguatezza per non aver assunto un ruolo assertivo.

Nella Sig.ra F. si fa strada la capacità di prendere un maggior contatto con i suoi vissuti e comincia a rivolgere la sua attenzione verso se stessa piuttosto che verso il mondo esterno. L'assunzione, da parte della terapeuta, in questa fase, di una posizione terapeutica empatica ma neutrale ed astinente, non direttiva e non sostitutiva della sua persona, è stata fondamentale per stimolare la paziente a scrutare più attivamente nel suo mondo interno, a personalizzarlo, a sentirlo suo rendendosi conto che non veniva violato ed intruso dall'altro. La possibilità di assumere nell'ambito della relazione terapeutica un ruolo attivo, ha contribuito ad accrescere il suo senso di sé, probabilmente rinforzato anche dall'autentico interesse della terapeuta a conoscere i suoi stati d'animo, ad accedere alla sua sofferenza ad un livello più profondo. È a questo punto che la Sig.ra F. rivela di essere stata vittima

di abuso e, con sua grande sorpresa, di essersene quasi dimenticata e di aver accantonato questo ricordo per tanto tempo.

In concomitanza col riemergere dell'evento traumatico e perturbante³ (Freud, 1919) si assiste ad una esacerbazione dello stato di angoscia della paziente ma anche all'avvio di una rielaborazione dell'esperienza nel tentativo di attenuare gli affetti spiacevoli associati al trauma ed alla relazione squalificante con l'abusante. La Sig.ra F. riprende così contatto con l'ansia, la vergogna ed il forte senso di colpa connessi all'abuso subito. Si apre un processo evolutivo importante poiché è solo in questo momento che ella trova la forza di confrontarsi col carico di ricordi, vissuti e sensazioni che la fanno sentire indegna, sporca e contaminata e che più di ogni cosa le impediscono di volersi bene, di percepirsi come una persona degna di amore.

Alcune riflessioni di autori di Scuola Junghiana sono state utili a ripensare questa difficile fase della terapia, e cioè il momento in cui la paziente ha ricordato l'abuso subito e rivissuto l'angoscia. Questi autori suggeriscono, nei casi di abuso infantile, di abbandonare una visione unilaterale delle cose per adottare una prospettiva archetipica più complessa (una prospettiva "chimerica", potremmo dire...). Concependo la famiglia, l'abusante e l'abusato, come archetipi, questi Autori evidenziano come ognuno di essi rappresenti una polarità ma anche il suo opposto: bene e male, lealtà e tradimento, maturità e immaturità. Così, tornando all'abusato, certi sentimenti, come quelli di immoralità o del sentirsi sporchi, possono essere elaborati più facilmente dal paziente tenendo conto della copresenza di aspetti e vissuti tra loro contrastanti (Guggenbuhl-Craig et al., 1997).

Significativamente la Sig.ra F. si esprime, in relazione all'abuso subito, affermando: *"Io mi sento sempre come divisa a metà, come se avessi due personalità: in una sono la vittima e nell'altra mi sento aggressiva"*. Spesso la paziente lamenterà, nel corso delle sedute, la sensazione di dover lottare interiormente con due persone che avverte come contraddittorie. Talvolta questa sensazione sfocia nel vissuto di avere dentro di sé parti estranee, sentite come acquisite ma non egosintoniche e difficilmente espellibili. *"Vorrei tanto eliminare gli aspetti di me che non mi piacciono, il mio sentirmi immorale, sporca, per essere stata in qualche modo complice."*

Affermazioni di questo tipo dimostrano come la paziente sia divenuta consapevole di quanto questi suoi vissuti, sentiti come parti di sé disturbanti, siano in relazione all'abuso e come la relazione con l'abusante costituisca in qualche modo un "trapianto estraneo" (Ferenczi, 1932). Come osserva Meares (2005), nel sistema di memoria traumatica le attribuzioni mostruose dell'altro sono mescolate con le attribuzioni negative del sé. Le prime hanno chiaramente un corrispettivo nelle seconde: così se da un lato "l'altro" è definito dalla Sig.ra F. come *"un mostro, un porco, un verme"*, la paziente definisce se stessa come *"immorale, sporca, indegna"*.

Interludio: pazienti trapiantati.

Anche nei pazienti trapiantati avviene questo mescolamento tra le attribuzioni dell'altro (donatore) e le attribuzioni del sé (ospite). Tali pazienti, infatti, nello stato di regressione post-trapianto tendono ad personalizzare l'organo che è stato loro trapiantato e ciò fa sì che sentano,

³ Freud (1919) definiva perturbante il sentimento di inquietudine e di spaesamento legato al riaffiorare di ciò che era tenuto nascosto, rimosso. Perturbante è qualcosa al contempo di familiare e non familiare (superato nel corso dello sviluppo o rimosso) per il soggetto.

metonimicamente, di aver acquisito, oltre all'organo particolare, anche le caratteristiche generali del donatore. I pazienti possono ad esempio essere turbati dalla differenza di sesso del donatore come se ciò mettesse in discussione la loro identità di genere; pazienti di sesso maschile, ad esempio, possono sentirsi "effeminati" se l'organo proviene da una donna (Castelnuovo-Tedesco, 2005). Nel trapianto c'è una questione di compatibilità, non solo organica ma anche psichica. Ricordiamo, ad esempio, le parole di un paziente in attesa di ricevere un trapianto di midollo: *"Inizialmente il mio donatore doveva essere una donna, per fortuna ora è un uomo. Io sono grosso e ho bisogno di tanto midollo, una donna non credo possa..."*. E' evidente come queste affermazioni racchiudano anche importanti valenze simboliche.

La fase del trapianto è una fase di trasformazione: qualcosa di estraneo viene introdotto nell'organismo. L'elemento estraneo trapiantato può essere avvertito come qualcosa che controlla e opera dal di dentro (Castelnuovo-Tedesco, 1970). Questa "esperienza dell'intruso" (Nancy, 2000) fa sì che spesso i pazienti desiderino guardare quanto viene loro iniettato per endovena al momento del trapianto di midollo osseo. Il controllo diventa un'esigenza molto forte in questa fase. Anche la Sig.ra F. ha una forte tendenza al controllo, ha bisogno di essere vigile, pertanto non tollera gli stati di ottundimento mentale, che ogni tanto dice di attraversare, in quanto teme possano renderla potenzialmente meno reattiva di fronte ad un possibile incombente pericolo, in qualche modo immaginabile come il "fantasma del suo aggressore".

La Sig.ra F. ed il "trapianto estraneo" di Ferenczi.

Per la Sig.ra F. è stato certamente difficile rivelare il trauma dell'abuso e riconfrontarsi con esso, al punto che più volte ella così si esprimeva in seduta: *"Ma perché proprio la depressione? Avrei preferito un tumore così avrei potuto curarlo togliendo la parte malata!"* In questo vissuto è evidente l'associazione dell'abuso con il cancro, e cioè con una neoformazione, con un doppio persecutorio nato da una mutazione maligna delle proprie stesse cellule. Pur essendo una figura mostruosa, per la perdita di differenziamento cellulare, il cancro è comunque un mostro meno perturbante della chimera, che testimonia l'accettazione del trapianto realizzato dall'abusante nel corpo e nella mente della vittima che non era in grado di "rigettarlo". Da questo, forse, viene allora la depressione... dall'angoscia di sentirsi ormai un ibrido mostruoso per aver accolto stabilmente, nella propria identità, a causa dell'abuso/trapianto a lungo ripetuto, l'identità dell'abusante.

La possibilità della Sig.ra F. di confrontarsi con questi angoscianti sentimenti di contaminazione favorisce una progressiva attenuazione degli stessi e il desiderio di raggiungere una maggiore benevolenza nei propri confronti. La Sig.ra F. raggiunge così una fase in cui è impegnata in un lavoro di edificazione di un nuovo sé, più libero da questi aspetti perturbanti, più autentico ed egosintonico. Più volte, infatti, la Sig.ra F. ha espresso la sua convinzione che l'abuso, e quindi la presenza di un altro che ha violato la sua esperienza anziché sintonizzarsi con essa, abbia in qualche modo arrestato il suo sviluppo e smorzato la sua vitalità. Per questo la possibilità di intravedere una ripresa di questo sviluppo è per lei fortemente riparativa.

Un sogno riportato in una seduta sembra rappresentare l'avvio di un processo di riparazione del sé che la paziente sente di non dover fare da sola: *"Dunque ho sognato che mi trovavo in una casa mal messa, rovinata. La cosa importante è che con me c'era una donna e che ci aiutavamo a rimettere a posto, a riparare la casa"*. In quell'occasione viene restituita alla paziente l'interpretazione che il

sogno si potrebbe riferire al lavoro di ricostruzione del sé, condiviso con un'altra persona e supportato nella psicoterapia. Nel suo vissuto controtransferale la terapeuta rievoca e comunica alla paziente l'immagine di una statua di marmo (la paziente stessa) che è ancora un abbozzo a cui lei stessa con fatica cerca di dare una forma, dei lineamenti, un volto in cui riconoscersi. La Sig.ra F. risponde: *“Questa sì che è una bella metafora, io mi sento esattamente così, sono impegnata a capire quali aspetti di me inserire e quali eliminare. Ovviamente quelli che vorrei eliminare sono quelli che non mi piacciono”*.

La Sig.ra F. sembra voler fare “ora” quello che non aveva potuto fare “allora”. Lo fa accogliendo nel suo mondo interno (la casa del sogno) una donna (la terapeuta al posto dell'abusante, che era invece un uomo) con cui condividere una cura di sé (riparare la casa).

E' significativo come in questa fase la “coppia analitica” (Amati e Coll., 1981) arrivi anche ad un approfondimento di due peculiari fobie della paziente, sicuramente non superate ma contenute grazie alla possibilità di sentirsi meno invasa, meno dominata dagli aspetti forzatamente introiettati dall'altro nel “trapianto estraneo”, là dove la psicoterapia psicoanalitica si pone, nel “qui e ora”, come un'esperienza emozionale correttiva rispetto ad “allora” (Alexander, 1946).

E' grazie a questo miglioramento nel clima della stanza d'analisi che è stato possibile progredire nell'esplorazione di due fobie (dei topi e di morire per un tumore alle ossa) che, a posteriori, appaiono riconducibili ai sentimenti di indegnità, sporcizia e contaminazione della paziente. La fobia dei topi era stata confidata dalla Sig.ra F. poco prima della rivelazione dell'abuso ed appariva, inizialmente, fortemente connessa ai suoi vissuti di rabbia ed inadeguatezza per situazioni in cui la paziente si sentiva quotidianamente non rispettata, potremmo dire “abusata” dall'altro che non comprendeva la sua posizione e la umiliava relegandola in un ruolo passivo. Il ribrezzo della Sig.ra F. per i topi era profondamente connesso al sentimento di sporcizia e di contaminazione sviluppati in rapporto alla relazione con l'abusante. La Sig.ra F. stessa sarà in grado di dirlo, in questa seconda fase della terapia, esplicitamente, confessando che sensazioni così schifose come quelle provate per i topi sono state da lei vissute originariamente proprio nel contesto dell'abuso.

Anche la fobia del tumore osseo rimanda allo stesso scenario poiché il cancro, nel vissuto della paziente, si configura come qualcosa che si è “infiltrato” fino alle ossa, qualcosa comunque di difficilmente debellabile.

Probabilmente non è un caso che la paziente in questa fase in cui sente di “aver messo al di fuori di sé” alcuni di questi aspetti infiltranti, comunica anche alla terapeuta che la sua paura di morire per questa particolare forma di tumore non è più così forte come prima. Ora che qualcosa di positivo e di “tenere”, come il sentirsi riconosciuta e per questo “riparata”, si è mescolato con l'aspetto violento e squalificante, la Sig.ra F. si sente meno “infiltrata”. Evidentemente qualcosa di quegli aspetti riprovevoli e indegni è stato messo fuori, qualcosa di buono è stato interiorizzato al punto che in una recente seduta la Sig.ra F. può confidare alla terapeuta: *“Sa adesso sento di volermi più bene, ho cominciato a farmi del bene: penso a me, mi compro delle cose, sento di essere una persona nuova, quella che avrei voluto essere sin da bambina”*. La paziente ha raggiunto una fase in cui non si sente solo espropriata e invasa dall'altro, ma anche arricchita. Ella resta, tuttavia, ancora molto vulnerabile di fronte all'altro se questo si manifesta come incapace di rispecchiare la sua esperienza. La Sig.ra F. è tuttora molto bisognosa che la sua persona sia accolta per quello che è, in tutte le sue manifestazioni.

Conclusioni.

Meares (2005) sottolinea come l'abuso sessuale attaccando le "emozioni tenere" che legano all'altro (Sullivan, 1953), compromette fortemente gli aspetti nucleari del sé e il proprio senso di valore. Questi ultimi sono alimentati nella relazione con un altro in grado di rispecchiare e riconoscere l'esperienza interna dell'individuo con cui si rapporta.

Facendo riferimento al pensiero di Ferenczi (1932), si può affermare che "il fantasma dell'altro traumatizzante" è "l'impianto estraneo" che tormenta la Sig.ra F. Secondo l'autore, infatti, "l'impianto estraneo" colonizza mortiferamente la vittima del trauma. L'abusante, dapprima familiare, diviene estraneo-non-familiare a seguito dell'abuso, in quanto il bambino non sa più con chi ha a che fare. L'aggressore con cui il bambino si identifica usurpa i suoi spazi vitali impedendo alla vittima dell'abuso di farsi una rappresentazione mentale del trauma subito e precludendo, quindi, una sua elaborazione. Per sopravvivere, la vittima dell'abuso è diventato una chimera, un organismo che ospita una relazione perversa e segreta di cui si vergogna e si colpevolizza, la vittima di un trapianto metaforico che internamente è destinato a ripetersi in silenzio "come memoria somatica e come clima di relazione" (Brosio, 2005).

Ma i pazienti trapiantati ci insegnano che le chimere possono divenire il segno di un buon adattamento dell'ospite all'organo donato. Possiamo allora pensare non che l'esperienza traumatica (il "trapianto estraneo" di Ferenczi) possa essere manipolata in modo perverso dalla coppia analitica per essere valorizzata positivamente a qualunque costo ma che, al contrario, l'esperienza della psicoterapia possa aggiungersi come un nuovo "trapianto" (dove l'organo donato è la funzione dell'Io-ausiliario fornita dal terapeuta) triangolando nell'Io chimerico del paziente una relazione emozionale correttiva che ripara e compensa quella traumatica dell'abuso subito, che può finalmente essere mentalizzata e incorporata in modo più consapevole e critico proprio grazie all'esperienza riparativa condivisa nel setting della psicoterapia psicoanalitica.

Bibliografia

Alexander F., French T. M. et al (1946). *Psychoanalytic Therapy: Principles and Applications*. New York: Ronald Press

Amati Mehler J., Argentieri S., Batini M., Bellanova P., Calvesi A., Cargnelutti E., De Lauro L., Giannitelli S., Giordanelli L., Merendino R., Paulin P., Tappa G., Vergine A.: *Formazione della coppia analitica e identità dello psicoanalista. Riv. Ital. Psicoanal.* 27, 99-121, 1981.

Brosio C., *Il segreto e il silenzio: la trasmissione intergenerazionale di contenuti mentali traumatici, Setting: Il semestre*, XX, pp. 55-73; Franco Angeli (2005), Milano.

Castelli-Gattinara, Ardovini C., Costantini E., Morganti G., Onofri A. (2005), *I trapianti d'organo nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*, in *Psicobiiettivo-Trapianti e Psicoterapia: XXV*, 3, pp. 16-38; Franco Angeli (2005), Milano.

Castelnuovo-Tedesco P.(2005), Trapianti d'organo, immagine corporea, psicosi, in *Psicobiiettivo-Trapianti e Psicoterapia*, XXV, 3, pp. 69-81; Franco Angeli (2005), Milano.

de M'Uzan M. (1994), *La bouche de l'Inconscient*, Gallimard, Paris.

Ferenczi S. (1932), Confusione delle lingue tra adulti e bambini, in *Opere 1927-1933*, IV, pp. 91-100; Raffaello Cortina Editore (2002), Milano.

Ferenczi S. (1932), Estirpazione e impianto di contenuti ed energie psichici, in *Diario Clinico: pp.141-143*; Raffaello Cortina Editore (1988), Milano.

Ferenczi S. (1932), L'Io autoctono e l'Io eterogeno, in *Diario Clinico: pp.119-121*; Raffaello Cortina Editore (1988), Milano.

Ferenczi S. *Diario Clinico*, citato secondo Martìn Cabrè L.J. (1998), Si prega di chiudere gli occhi. Il ruolo del diniego nella teoria del trauma.

Freud S. (1919), Il Perturbante, in *Opere Freud*, Vol. IX: pp.81-118; Bollati Boringhieri (1977), Torino.

Guggenbuhl-Craig, Kugler P., Wuehl M.I., Stein R.M., Hillman J., (1997), *Trappole seduttive*; Vivarium Editore, Milano.

Meares R. (2005), *Intimità e alienazione*; Raffaello Cortina Editore, Milano.

Montecchi F. (1998), *I maltrattamenti e gli abusi sui bambini: prevenzione e individuazione precoce*; Franco Angeli, Milano.

Nesci D.A. (2007), Libere associazioni in margine al lavoro di Andrea Sabbadini sul replacement child, in *Doppio Sogno*, n. 5, Dicembre 2007, <http://www.doppio-sogno.it/numero5/ita/notenesci.pdf>

Politi P., Torretta R. (2005), Il puzzle umano. Integrità e frammentazione nell'esperienza del trapianto d'organo, in *Psicobiiettivo-Trapianti e Psicoterapia: XXV, 3*, pp. 39-51; Franco Angeli (2005), Milano.

Tausk V. (1919), Sulla genesi della "macchina influenzante" nella schizofrenia, in *Scritti Psicoanalitici*; Astrolabio (1979), Roma.