Ripetizione traumatica e messa in parole del dolore*

Clara Mucci

«Ahimè, Niccolò» disse lei «la vita è dura,
e molte cose tristi avvengono nel mondo
intorno a noi. Tuttavia posso dirvi
che al Signore piace scherzare,
e che il *da capo* è uno dei suoi scherzi preferiti».

KAREN BLIXEN, *Ultimi racconti*

Karen Blixen, l'enigmatica scrittrice danese del primo Novecento che aveva speso anni importanti della sua vita in Kenya, ci consegna in uno dei suoi racconti, scritti in inglese, il misterioso messaggio sul ruolo della *ripetizione* nella vita degli esseri umani. Il “da capo”, dice, è uno degli scherzi preferiti di un ancora più elusivo o addirittura beffardo principio divino in atto nella vita e nel mondo.

Il principio della ripetizione è forse tra i più significativi principi che informano da un lato la pratica psicoterapeutica, sotto forma della ripetizione del dolore dentro la terapia, messa in atto di un passato traumatico e, dall'altro, è la modalità che apre alla possibilità di una “abreazione”, una purificazione degli affetti negativi e una liberazione da essi e dal dolore, come già scriveva Freud agli inizi del suo innovativo metodo terapeutico alla fine dell'Ottocento. Transfert e controtransfert, così come la trasmissione traumatica intergenerazionale e la rivittimizzazione, hanno al loro interno un principio di ripetizione. Ma anche la liberazione dal trauma nella terapia passa attraverso una forma di ripetizione e un attraversamento del dolore che è però elaborazione e passaggio alla vita.

Il legame tra il dolore risvegliato dalla terapia, il ricordo dei traumi passati e la liberazione attraverso la simbolizzazione e la messa in parole, quindi l'uso di vita e non di morte della ripetizione dentro la terapia, con l'andare oltre il trauma che la terapia dovrebbe comportare, è già molto chiaro al primo Freud degli *Studi sull'isteria*, quando per la prima volta si interroga sul meccanismo di quella patologia che allora era una vera e propria epidemia tra le donne borghesi del tempo. Scrive Freud (1892-1895, p. 302, *corsivo mio*):

*L'articolo riproduce integralmente la Prefazione di Clara Mucci al libro di Luigi Cancrini *Ascoltare i bambini* (©2017 Raffaello Cortina Editore) uscito quest'anno per i tipi di Raffaello Cortina. Abbiamo voluto utilizzarlo come Editoriale poiché è un testo che collega lucidamente questa nuova esperienza di lavoro con le infanzie infelici al più ampio percorso della ricerca in psicoterapia.

[...] di solito l'ammalata, all'inizio del nostro lavoro, era libera dal dolore; quando invece con una domanda o con una pressione sul capo provocavo un ricordo, si faceva subito notare una sensazione dolorosa, per lo più con tale vivacità da far sussultare l'ammalata e da farle portar la mano sul punto dolente. Il dolore in tal modo destato permaneva per tutto il tempo durante il quale l'ammalata era dominata dal ricordo, raggiungeva il suo culmine quando stava per pronunciare la parte essenziale e decisiva della sua comunicazione, e scompariva con le ultime parole della comunicazione stessa. *Gradualmente appresi a utilizzare questo dolore risvegliato come una bussola; quando essa taceva ma ammetteva di sentire ancora dolori, sapevo che non aveva ancora detto tutto e insistevo per la continuazione della confessione sino a che il dolore non fosse trascinato via dalle parole.*

Nell'isteria il dolore è tutto nel corpo, convertito in una serie di sintomi che vengono sciolti, liberati dalla messa in parole. Anche il dolore psichico viene liberato dalla messa in parole o dal passaggio a una modalità non verbale e implicita che esprime il nuovo, la libertà da legami pesanti e distruttivi, da vicende mortificanti.

Luigi Cancrini ha fatto di questa "arte della liberazione" (Cancrini, Vinci, 2013, pp. 6-7) la formula vitale della psicoterapia, e del "dar voce al dolore" (in primis quello inascoltato del bambino maltrattato e dell'adolescente) la sua vocazione, la sua professione, il suo impegno politico, la sua vita.

Date parole al dolore esprimeva già nel 1996 la visione complessa e allo stesso tempo semplice, chiara, immediata e coraggiosa di Cancrini, per i suoi risvolti dallo psicologico, all'etico, al sociale, al politico. Era un libro dedicato alla depressione, male dilagante dei nostri tempi, e Cancrini si scagliava contro chi, dandole una definizione genetica, privava il dolore lì racchiuso della sua possibilità di espressione. Al contrario, come sintomo, la depressione protesta, parla, inveisce, chiede, sia pure nella totale passività e distruttività – e quindi deve trovare voce – di non essere azzittita dal farmaco.

Oggi, con *Ascoltare i bambini*, da Cancrini stesso definito "il naturale proseguimento" di quei due fondamentali volumi sulla traumatizzazione e la terapia che sono *L'oceano borderline*, pubblicato da Raffaello Cortina nel 2006, e *La cura delle infanzie infelici* (sempre Raffaello Cortina, 2012), questo autore ci consegna un altro pezzo della sua preziosa esperienza e riflessione clinica e scientifica, con un viaggio dentro il dolore in gran parte non visto e sommerso di quella minoranza dell'umanità, forse ancora più dolente perché senza diritti e non rappresentata dalla voce di leggi e dalla maggiore età, che è quello dei bambini maltrattati.

Cancrini è da tempo sempre impegnato su più fronti; come scriveva in apertura di *La cura delle infanzie infelici* (2012, p. 3):

L'esperienza clinica che ha permesso tutti questi incontri mi ha visto passare dai servizi per l'infanzia in difficoltà all'ospedale psichiatrico giudiziario, dalla quiete dello studio alla vivacità delle situazioni proposte dall'insegnamento, dalle comunità per i tossicodipendenti a quelle per i bambini e per gli adolescenti, dalle famiglie multiproblematiche delle periferie urbane ai disastri emozionali delle famiglie apparentemente più fortunate, dallo Zen di Palermo alle *vilas* di Buenos

Aires, dal dolore confuso dei bambini maltrattati alla confusione violenta dei maltrattatori, dallo smarrimento degli emigrati a quello ideologico dei loro “nemici” più integrati.

Cancrini qui ha il coraggio (il percorso è già molto chiaro nei due volumi precedenti) di rappresentare e denunciare, con il suo lavoro e con la accurata descrizione delle terapie che conduce o supervisiona nel Centro di Aiuto al Bambino Maltrattato e alla Famiglia del Comune di Roma come nei Centri Studi di Terapia Familiare e Relazionale da lui fondati in tutta Italia, come il dolore, la sofferenza, le ripetute traumatizzazioni e le distorsioni delle relazioni in famiglie spesso violente e non aiutate comportino nei bambini conseguenze devastanti per il corpo e per la mente, che, se non riparate o elaborate prima possibile, possono portare a patologie psicologiche e mentali gravi come i disturbi di personalità (“l’oceano borderline” appunto), incluse le patologie antisociali oggi in crescente aumento.

Maltrattamento e abuso inducono cicatrici, come scrive Martin Teicher (2000), difficili da guarire o forse mai del tutto rimarginabili. E le ferite dei primi anni di vita, anni fondamentali per lo sviluppo del corpo-mente, della formazione dell’autostima, della rappresentazione di sé rispetto a un altro, dell’immagine corporea, del senso e del valore della vita umana, sono le più profonde. Se le traumatizzazioni, il maltrattamento, l’abuso psicologico fisico e sessuale sono sempre gravissimi, ancora più gravi e distruttive per la psiche appaiono quelle subite da una figura di attaccamento, da una mano che avrebbe dovuto, invece che colpire, aiutare a far crescere, sostenere, lenire, accarezzare. Quello che si spezza è la fiducia in un altro a cui istintivamente (ed è la dinamica dell’attaccamento, comportamento relazionale primario a base biologica) il piccolo si rivolge per protezione e rassicurazione. Tra tutti i traumi del tipo *man-made*, di derivazione umana, quelli dentro la famiglia, perpetrati dai caregiver, sono i più gravi proprio perché minano una fondamentale fiducia nella vita, nella relazione e nell’altro essere umano e incidono la radice di quel persecutore interno che potrebbe devastare e rovinare la vita propria (come i borderline a rischio di suicidio) (Mucci, 2014) o la vita altrui (come gli antisociali, che invece di fare la parte delle vittime preferiscono rivolgere la violenza contro l’altro).

Come spiegano gli specialisti dell’attaccamento e i clinici del trauma e degli sviluppi traumatici come Giovanni Liotti (Liotti e Farina, 2011), la dissociazione non viene originata da traumi del tipo catastrofico naturale come il terremoto o lo tsunami, ma è uno degli esiti più gravi della traumatizzazione da mano umana e dell’abuso, il secondo dei livelli di traumatizzazione che ho descritto in *Trauma e perdono* (Mucci, 2014), essendo il primo quello relazionale infantile, come articolato da Allan Schore, dovuto alla dissintonia madre-bambino (che pure può essere causa di dissociazione, perfino in mancanza di vero abuso e maltrattamento) (Schore, 1994; Liotti e Farina, 2011).

L’abuso e il maltrattamento nei suoi molteplici risvolti, questo l’assunto dei due libri precedenti, sono tali da procurare sintomi e patologie mentali gravi, dalla depressione all’ansia, ai disturbi di personalità e alla suicidalità; tuttavia la terapia, quando interviene in tempo e in modo efficace, può evitare la patologizzazione

del dolore e sradicare quella pericolosa radice vittima-persecutore di cui il traumatizzato reca sempre tracce rovinose.

La neurobiologia del maltrattamento e dell'abuso così come descritta e denunciata da clinici, neuroscienziati e ricercatori come Schore (1994), Siegel (1999), Cozolino (2006), van der Kolk (2014), Teicher (2000), Briere (1992), Lanius (Lanius, Vermetten, Pain, 2010) non lascia dubbi sulle drammatiche conseguenze per la salute fisica e mentale, dall'eccesso di cortisolo all'alterazione dell'asse hpa (ipotalamo-ipofisi-surrene) con indebolimento del sistema immunitario, disregolazione neurobiologica e affettiva, ovvero disregolazione di tutti i circuiti neurobiologici come indicato perfino negli studi di epigenetica che hanno come protagonisti famiglie di roditori (Hofer, 2014), di macachi e scimmie rhesus (Suomi, Harlow, 1972) e la cui vicinanza ai nostri meccanismi di sviluppo affettivo motivazionale e sociale è ben evidente (Panksepp, Biven, 2012).

Già in *L'oceano borderline* Cancrini denunciava la limitatezza di manuali diagnostici come il DSM che restringono tra l'altro l'uso del termine borderline a una patologia ben definita. Cancrini è d'accordo infatti con l'accezione più ampia che di funzionamento borderline ha dato Otto Kernberg: un'organizzazione caratterizzata da diffusione di identità, difese primarie massicce con esame di realtà conservato, in un'ampia gamma di disturbi di personalità isterici-istrionici, narcisistici, paranoidi, schizoidi, borderline propriamente detti (Clarkin, Yeomans, Kernberg, 1999).

Il termine PTSD, disturbo da stress post-traumatico, notoriamente inserito per la prima volta nel DSM-III nel 1980 per cercare di definire la varia sintomatologia presentata da chi tornava spesso gravemente danneggiato psicologicamente dalle traumatizzazioni della Guerra del Vietnam, non distingue fra trauma da mano umana (violenza, maltrattamento, stupro, abuso) e trauma da catastrofe naturale. Cosa ancora più grave, pur indicando una zona di sovrapposizione tra sintomi del PTSD e sintomatologia dei disturbi di personalità, da decenni ormai i vari boards del DSM (rimasti invariati con la sola aggiunta della Sezione III, dopo dodici anni di discussione, anche nell'ultima edizione) non hanno mai riconosciuto le conseguenze distruttive e patologiche delle traumatizzazioni cumulative dovute a traumi e abusi che accadono ripetutamente e si protraggono per anni nel silenzio delle famiglie, come a più riprese Bessel van der Kolk e Judith Herman avevano chiesto con il riconoscimento del trauma complesso o PTSD complex prima, e poi del disturbo da trauma dello sviluppo, come di nuovo van der Kolk proponeva, nel 2011. La rivendicazione di van der Kolk per un riconoscimento ufficiale di quanto gli abusi e il maltrattamento infantili siano portatori di patologia ha ricevuto dal board dell'APA questa sintetica risposta: "La nozione che le esperienze avverse dello sviluppo conducano a sostanziale disturbo evolutivo è più una intuizione clinica che una evidenza della ricerca" (dalla lettera di risposta alla proposta di van der Kolk dell'APA, maggio 2011, in van der Kolk, 2014).

Chiunque lavori con l'infanzia abusata, e Cancrini lo fa da più di trent'anni, conosce le devastazioni che al bambino derivano da un cattivo accudimento, o da una "infanzia infelice" o negata. Eppure si scontra nella clinica come nella ri-

cerca con le difficoltà che anche a livello controtransferale queste tematiche provocano.

D'altronde il mancato riconoscimento delle traumatizzazioni reali dovute a violenza, abuso e incesto era già fonte di violento disaccordo tra gli psicoanalisti negli anni Trenta, quando a Freud, con la rinuncia ai suoi "neurotica", cioè il rifiuto di credere ai racconti delle isteriche, si contrappose Ferenczi con la sua visione del trauma reale (Mucci, 2008) e della conseguente identificazione con l'aggressore che immette nel bambino l'aggressività e il senso di colpa scisso del persecutore, che da quel momento in poi diventa interiorizzato, incorporato a causa di questa relazione distruttiva (Ferenczi, 1932; Mucci, 2014). Pur di mantenere una relazione con l'oggetto, il bambino si darà le colpe e si porterà dentro quella violenza, quell'aggressività e distruttività ripetendola poi su di sé e nel proprio corpo (come fanno appunto i borderline, tagliandosi, tentando il suicidio e con varie forme di distruttività, incluso l'uso di alcol e droghe), oppure la esprimerà contro un altro, con la violenza fisica e la delinquenza, come fanno gli antisociali. Tutti i clinici conoscono il rischio che il bambino maltrattato corre di sviluppare patologie future e tuttavia, ci rassicura il DSM, "mancano le evidenze scientifiche".

Cancrini in questo volume raccoglie le voci (con reali frammenti di sedute) di piccoli protagonisti di infanzie negate che hanno avuto la sventura di avere caregiver a loro volta problematici e, supponiamo, con altrettante infanzie infelici o devastate da abusi, abbandoni, perdite, incesti, violenze e distorsioni di ogni tipo, da non poter offrire la protezione e la cura di cui i piccoli hanno bisogno per crescere sani, sicuri, creativi, intelligenti, riflessivi. Impulsività, alti e bassi di umore, spaventosi vuoti depressivi, rabbia, aggressività, dissociazioni, irrequietezza, incapacità di controllo e cura di sé e dell'altro (tutti segni di un funzionamento "borderline" con disregolazione affettiva e acting-out) segneranno questi piccoli che diventeranno adolescenti a rischio per poi essere, in mancanza di un intervento terapeutico riparativo o di una relazione sicura riparatrice, adulti borderline.

Nella ripetizione dei comportamenti del proprio persecutore (il familiare che tradisce la fondamentale fiducia, il patto tra adulto e bambino e viola confini che dovrebbero essere sacri e inviolabili), secondo lo schema che Cancrini trae anche dalla esperienza di Lorna Smith Benjamin (agisco come se lui/lei fosse ancora qui; agisco come se io fossi lui/ lei, e così via...), il bambino e in seguito il giovane e l'adulto seguiranno un copione prefissata. Cancrini ricostruisce le pressioni ambientali e soprattutto interpersonali che hanno portato alla non integrazione delle parti buone e cattive dell'oggetto materno (per usare il linguaggio di Melanie Klein o di Otto Kernberg, che egli segue in parte) creando quelle scissioni che così tanto contribuiscono a formare il mondo interno dei traumatizzati e il funzionamento borderline con alla base quella pericolosa radice vittima-persecutore di cui abbiamo detto.

Importante un punto che Cancrini colloca come essenziale già dal primo capitolo: "Una buona qualità dell'interpersonale [...] può essere considerata sufficiente, infatti, per proteggere anche dalle pressioni ambientali forti". In

concordanza con le attuali teorie dell'attaccamento e del trauma, infatti, il primo fattore della resilienza del bambino e del futuro adulto è proprio l'attaccamento sicuro (van der Kolk, 2014) sia rispetto a traumatizzazioni da mano umana sia rispetto a traumatizzazioni catastrofiche del tipo naturale (come terremoti o tsunami). Perfino povertà e gravi difficoltà sociali sono meno distruttive in presenza di attaccamento sicuro, di relazioni tra madri e bambini di vera protezione, cura e amore.

Ascoltare i bambini è frutto degli ultimi tre anni di lavoro di Luigi Cancrini e della sua équipe, che mettono a nostra disposizione un patrimonio raro quanto prezioso: la cronaca dettagliata dei percorsi terapeutici di bambini provenienti da situazioni traumatiche prolungate e gravi, bambini diagnosticati come a rischio di diventare antisociali (il caso di Hillary e di Michele), borderline (il caso di Diego) paranoidi (il caso Ruggero e Ludwig) e schizotipici (il caso di Pamela). Sono bambini dunque pre-borderline, pre-antisociali, pre-paranoidi e pre-schizotipici secondo la terminologia di Benjamin; è noto che la diagnosi del disturbo vero e proprio secondo il DSM avrebbe bisogno di personalità già formate ma sappiamo, come già sosteneva anni fa Paulina Kernberg, pioniera dello studio delle patologie della personalità in bambini e adolescenti (Kernberg, Weiner, Bardenstein, 2000), che chi lavora con i bambini e gli adolescenti sa riconoscere attraverso l'esperienza quando il problema si sta formando ed è quindi consapevole di quanto la precocità dell'intervento sia essenziale per il recupero. Esaminando i loro comportamenti sintomatici secondo la *Structural Analysis of Social Behavior* (SASB), ideata da Benjamin, essi risultano sovrapponibili a quelli dei disturbi di personalità corrispondenti negli adulti.

Cancrini sottolinea l'importanza fondamentale (confermata dalle neuroscienze, vedi al riguardo Schore, 1994 e Cozolino, 2006) delle fasi dello sviluppo in cui la traumatizzazione avviene per determinare la tipologia e la gravità dei disturbi; la traumatizzazione causa regressione a fasi precedenti e può impedire passaggi successivi: più è precoce, più grave sarà la conseguenza. Cancrini, oltre a seguire Benjamin e Kernberg, confronta la propria clinica con le teorizzazioni di Melanie Klein, Donald Winnicott, Margaret Mahler.

Dalla fusione simbiotica tra madre e bambino già spiegata da Winnicott e Mahler (che porterebbe a psicosi, qui non trattata), le più gravi traumatizzazioni che condurrebbero a disturbo di personalità sono quelle appartenenti alla successiva fase di sviluppo definita schizoparanoide da Klein (evidente e descritta con ampiezza di risvolti nella storia di Michele, la più disturbante). Come già facevano Winnicott, spesso in polemica aperta con Klein, e Bowlby (che pure ebbe Klein come supervisore per un periodo), Cancrini sottolinea l'assoluta importanza delle condizioni reali, non fantasmatiche, dell'accudimento. Il trauma e il lutto reali fanno regredire il bambino alle angosce schizoparanoidee e interrompono la possibilità della formazione di un oggetto interno buono a cui aggrapparsi e con cui consolarsi in momenti di difficoltà (che avverrebbe a partire dai secondi diciotto mesi di vita in condizioni favorevoli). Questi bambini potranno raggiungere la costanza d'oggetto grazie alle terapie da loro intraprese.

Ma la traumatizzazione, dicevamo in apertura e in esergo, agisce per ripetizioni, è intergenerazionale, viene passata da una generazione all'altra, in una catena di morte e violenza, se non viene riparata prima possibile. Cancrini è quindi attento a sottolineare le problematiche interpersonali (e a loro volta traumatiche) e intergenerazionali delle madri o dei caregiver che non sono in grado, purtroppo, di rispondere in modo "sufficientemente buono" al compito immenso delle cure e dello sviluppo armonioso del piccolo. Se non viene interrotta, la catena della ripetizione intergenerazionale consegna il proprio fardello da una generazione all'altra, da un padre a un figlio, da una madre a una figlia, e l'accudimento riattiva il sistema dell'attaccamento, rendendo attuali vecchie ferite. Il trauma, si sa, viene rivissuto sempre come fosse eternamente presente, e senza tempo.

Fondamentali sono quindi, per il terapeuta, la ricostruzione degli schemi tri-generazionali che danno origine alla coppia così come altri elementi che costituiscono un ostacolo e un problema per una genitorialità serena. È questo il punto, sottolinea Cancrini, in cui psicoanalisi e teoria sistemico-familiare e relazionale devono coniugarsi, non solo nella ricerca delle origini delle difficoltà tra una generazione e l'altra ma nella terapia con il piccolo e con la sua famiglia e gli individui della famiglia e le loro storie. A tal fine, la ricostruzione della situazione traumatica deve essere effettuata con cura, punto che mi trova pienamente d'accordo, rispetto alla talvolta generica prevalenza fantasmatica della "realtà psicologica interna" sulle evidenze degli accadimenti esterni e intergenerazionali (Mucci, 2008, 2014).

Cancrini procede infine al disvelamento di due illusioni fondamentali nella terapia con il bambino maltrattato, quella che chiama "l'illusione numero uno", ovvero che sia sufficiente proteggere il bambino allontanandolo dall'ambiente disturbante e maltrattante – cioè che la sua tutela sia raggiunta attraverso la sistemazione in famiglie e strutture di accoglienza, senza un vero aiuto a elaborare le traumatizzazioni che ha subito e quindi le sue identificazioni e le ripetizioni di identificazione con persecutori ora interni, e l'illusione numero due, che la psicoterapia da sola possa essere sufficiente.

Con il consueto coraggio, con l'esperienza acquisita e l'abituale onestà Cancrini denuncia il fatto che spesso nelle famiglie di ceto sociale medio-alto i bambini più facilmente rimangono in casa e vengono affidati solo alla terapia, con risultati spesso insufficienti; inoltre viene spesso trascurato il fatto che, anche nel caso in cui i maltrattamenti riguardino le famiglie di origine di bambini adottati, la presenza dei genitori attuali è indispensabile.

Per concludere, se per il DSM "mancano le evidenze scientifiche" che potrebbero mettere tutti d'accordo sul fatto che dalle infanzie infelici si sviluppano patologie mentali e psicologiche, o che l'attaccamento disorganizzato crea la base per il disturbo di personalità, abbiamo, grazie alla ricerca epidemiologica condotta su diciottomila soggetti negli USA che va sotto il nome di ACE (*Adverse Childhood Experiences*) (Felitti et al., 1998), la prova che molte malattie (cardiovascolari, immunitarie, metaboliche, disturbi a fegato, reni), insieme a depressione, uso di alcol e droghe e suicidalità sono sviluppate con maggiore

frequenza e gravità proprio da quei bambini che hanno subito traumatizzazioni personali e familiari gravi.

Dare voce e ascolto ai bambini e raccontare queste storie è dunque un dovere non solo professionale ma etico, morale, civile; lo scriveva già Cancrini in *La cura delle infanzie infelici* (2012, p. 82) quando sosteneva:

Curare in modo sistematico, intelligente e paziente le infanzie infelici potrebbe essere determinante per la prevenzione di quei disturbi che recano un contributo fondamentale alla psicopatologia più tradizionalmente psichiatrica dei disturbi di personalità, alle dipendenze gravi da sostanze, da gioco e da sesso e alla criminalità giovanile e adulta. Quello che serve è evidentemente uno scatto culturale o uno scatto *di civiltà*.

Purtroppo il collegamento tra le infanzie infelici e i traumi relazionali precoci non viene necessariamente riconosciuto, anche se parlando di disturbi borderline è Gabbard stesso a dire che l'elemento dell'abuso è ampiamente sottovalutato (2014). Nelle sue ricerche sull'epigenetica, Myron Hofer (2014), sottolineando l'importanza dell'ambiente e quindi dell'accudimento anche nell'espressione genica, o al contrario nel silenziamento dei tratti ereditati, fa notare come i risultati più importanti furono l'esito di un evento casuale: una notte la madre dei piccoli roditori scappò, e al mattino tutti i loro parametri neurobiologici (sonno-veglia, cibo, calore corporeo, battito cardiaco e così via) erano disregolati. La madre non solo li allattava (*arch-back nursing*) ma una pratica fondamentale per il mantenimento dei livelli ottimali di cortisolo, che regolavano l'omeostasi nell'asse hpa era il *licking*; anzi, la durata, la frequenza, la consistenza della pratica del "leccare" i piccoli era un fondamentale parametro di accudimento e veniva incamerato nel patrimonio genico e tramandato intergenerazionalmente nelle madri future durante il periodo della gravidanza (vedi anche Champagne, Meaney, 2006). Il dato positivo è che, in mancanza della madre dei piccoli, lo stesso effetto si poteva ottenere da una madre non biologica oppure dal gesto di un ricercatore che con un pennello "leccava" i piccoli con il giusto ritmo, la giusta cura, costanza e ripetizione. Ovvero, non c'è bisogno che la riparazione e la regolazione neurobiologica vengano compiute dalla madre effettiva (biologica) purché qualcuno le compia.

Non so se piacerà tale immagine ai colleghi terapeuti che leggeranno questo libro importante, tenero, a tratti duro ma assolutamente necessario per capire le dinamiche e i passi che nella clinica con i piccoli traumatizzati vanno affrontati e i nodi che devono essere elaborati, in un uso salvifico della ripetizione, ma la riparazione che la terapia fornisce ai piccoli confusi e devastati mi sembra simile a questo pennello che, se pure non biologico, viene passato con cura, amore e costanza sufficiente e con il dovuto impegno, diventando strumento redentivo e a suo modo miracoloso. Come diceva Ferenczi (1932), protestando contro Freud, "l'abreazione non è tutto": ci vuole una vera esperienza ricostitutiva e riparativa, ed è nella direzione dell'amore.

BIBLIOGRAFIA

- American psychiatric association (2013), DSM-5 - Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2014.
- Benjamin, L.S. (1996), Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi di personalità. Tr. it. Las, Roma 1999.
- Blixen, K. (1957), Ultimi racconti. Tr. it. Adelphi, Milano 1982.
- Briere, J.N. (1992), Child Abuse Trauma. Theory and Treatment of the Lasting Effects. Sage Publications, Newbury Park, London-New Delhi.
- Cancrini, L. (1996), Date parole al dolore. La depressione: conoscerla per guarire. Frassinelli, Roma.
- Cancrini, L. (2006), L'oceano borderline. Racconti di viaggio. Raffaello Cortina, Milano.
- Cancrini, L. (2012), La cura delle infanzie infelici. Viaggio nell'origine dell'oceano borderline. Raffaello Cortina, Milano.
- Cancrini, L., Vinci, G. (2013), Conversazioni sulla psicoterapia. Alpes, Roma.
- Champagne, F.A., Meaney, M.J. (2006), "Stress during gestation alters postpartum maternal care and the development of the offspring in a rodent model". In *Biological Psychiatry*, 59, 12, pp. 1227-1235.
- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., Kernberg, O. (1999), Psicoterapia delle personalità borderline. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2000.
- Cozolino, L. (2006), Il cervello sociale. Neuroscienze delle relazioni umane. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2008.
- Freud, S. (1892-1895), Studi sull'isteria. Tr. it. in OSF, vol. 1. Boringhieri, Torino 1967.
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P., Marks, J.S. (1998), "Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study". In *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), pp. 245-258.
- Ferenci, S. (1932), Diario Clinico. Gennaio-Ottobre 1932. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 1988.
- Gabbard, G.O. (2014), Psichiatria psicodinamica. Quinta edizione basata sul DSM-5. Tr. it., Raffaello Cortina, Milano 2015.
- Hofer, M. (2014), "La nuova 'biologia evolucionistica dello sviluppo' da Freud all'epigenetica". In *Psicoterapia e Scienze Umane*, 3, vol. XLVIII, pp. 395-408.
- Kernberg, P.F., Weiner, A.S., Bardenstein, K.K. (2000), I disturbi della personalità nei bambini e negli adolescenti. Tr. it. Fioriti, Roma 2001.
- Klein, M. (1957), Invidia e gratitudine. Tr. it. Giunti, Firenze 2012.
- Lanius, R.A., Vermetten, E., Pain, C. (2010) (a cura di), *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease. The Hidden Epidemic*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Liotti, G., Farina, B. (2011), *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Raffaello Cortina, Milano.
- Mahler, M. (1972), "Rapprochement subphase of the separation-individuation process". In *Psychoanalytic Quarterly*, 41, pp. 487-506.
- Mucci, C. (2008), *Il dolore estremo. Il trauma da Freud alla Shoah*. Borla, Roma.
- Mucci, C. (2014), *Trauma e perdono. Una prospettiva psicoanalitica intergenerazionale*. Raffaello Cortina, Milano.
- Panksepp, J., Biven, L. (2012), *Archeologia della mente. Origini neuroevolutive delle emozioni umane*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2014.
- Schore, A. (1994), *Affect Regulation and the Origin of the Self. The Neurobiology of Emotional Development*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ.

- Siegel, D. (1999), *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2001.
- Suomi, S.J., Harlow, H.F. (1972), "Social rehabilitation of isolate-reared monkeys". In *Developmental Psychology*, 6(3), maggio, pp. 487-496.
- Teicher, M.H. (2000), "Wounds that time won't heal: the neurobiology of child abuse". In *Cerebrum. The Dana Forum on Brain Science*, vol. 4, 2, pp. 50-67.
- Van der Kolk, B. (2014), *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2015.
- Winnicott, D.W. (1984), *Il bambino deprivato. Le origini della tendenza antisociale*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 1986.