Morton Shane, Estelle Shane, Mary Gales

Sesso, sessualizzazione e il "feargasm"*: la sessualità secondo la psicologia del sé e i sistemi dinamico-evolutivi

Traduzione di Franco Paparo e Franca Forquet

Parole chiave: abuso; abuso sessuale; attaccamento; attaccamento intimo; empatia; esperienza positiva nuova; neuroscienze; psicologia del sé; ricerca sull'infanzia; sé; sesso; sessualizzazione; sistemi dinamici non lineari; teoria dell'attaccamento; transfert.

* Questo neologismo risulta dalla fusione di due parole inglesi: fear = paura, e orgasm = orgasmo.

Questa presentazione riguarda la sessualità e la sua rilevanza nella situazione clinica. Noi tratteremo questo argomento con l'applicazione del nostro nuovo modello di psicologia del sé, che chiamiamo psicologia del sé e dei sistemi dinamico-evolutivi. La teoria mette insieme aspetti del pensiero della psicologia del sé, e la teoria dell'attaccamento, la ricerca sull'infanzia, gli studi sul trauma e la ricerca delle neuro-scienze. Queste idee vengono integrate mediante l'approccio dei sistemi dinamici non lineari alla teoria e alla pratica (Shane, Shane e Gales 1997). Crediamo che un'integrazione del genere renda possibile una migliore comprensione di problemi significativi nel lavoro clinico. L'elemento specifico del lavoro che presentiamo qui, la nostra teoria integrata, suggerisce una visione della sessualità diversa, più particolareggiata e forse più informativa, argomento che resta importante, di cui si è scritto molto e che tuttavia rimane ancora misterioso.

Prima di entrare in argomento, vogliamo presentare il nostro approccio secondo la psicologia del sé e i sistemi dinamico-evolutivi. Mettiamo insieme alcuni principi, valori, idee basilari della psicologia del sé e i risultati empirici della teoria dell'attaccamento. Particolarmente importante qui è la connessione che facciamo nella nostra teoria tra lo stabilirsi di un attaccamento sicuro (Bowlby, 1988) e lo sviluppo di un sé sano, consolidato e integrato, un sé che abbia capacità sane di intimità con l'altro.

Alcuni fattori che ci sembra caratterizzino qualsiasi psicologia del sé e che rimangono significativi nella nostra teoria sono: (a) il sé è il fuoco centrale delle nostre preoccupazioni teoriche e cliniche, sebbene il modo in cui lo definiamo sia nettamente differente (vedi Appendice); (b) la modalità empatica e introspettiva, che dà rilievo all'esperienza soggettiva di una persona, resta significativa nel nostro atteggiamento di ascolto; (c) l'interdipendenza con gli altri viene concettualizzata come una necessità dell'individuo che dura tutta la vita; (d) le difese sono concettualizzate soprattutto come auto-protettive e auto-conservative; (e) l'aggressività viene vista soprattutto come reattiva alla frustrazione e alla deprivazione.

Crediamo che gli esseri umani, che sono stati amati e hanno ricevuto risposta da chi li cura in una relazione di attaccamento sicuro, diventino emotivamente sani e vitali, possiedano un sé integrato e consolidato e abbiano una capacità di intimità piacevole con gli altri. Il trauma, sotto forma di fallimento dei genitori o di vulnerabilità costituzionale del bambino, interrompe questo processo progressivo e interdipendente verso il consolidamento del sé e del sé-con-l'altro. Come risultato di questo trauma, emerge un attaccamento insicuro, in cui sono impedite le esperienze vitali del sé "di esserci" e di "essere in contatto con l'altro". Dalla nostra prospettiva, la terapia psicoanalitica ha il potenziale di fornire al paziente un attaccamento sicuro in cui sia il sé che il legame con l'altro possono essere consolidati. Il nostro approccio quindi sottolinea l'importanza e il valore di un tale attaccamento intimo al terapeuta. In analisi questo risultato evolutivo è favorito da ciò che noi chiamiamo nuova esperienza positiva.

Poiché la nuova esperienza positiva è concettualizzata come essenziale alla progressione dello sviluppo e al superamento degli stati traumatici, l'analista può funzionare più consapevolmente e più deliberatamente nello tentativo di fornire il contesto per un attaccamento sicuro. Sosteniamo che il paziente può non avere mai avuto nell'infanzia esperienze di questo attaccamento sicuro, un attaccamento sicuro nel quale desideri di riconoscimento e di ammirazione come persona in sé e per sé da parte dell'ambiente genitoriale emergono e ricevono risposta in modo prevedibile e sostanziale. Il bambino può soltanto conoscere esperienze simili attraverso una responsività di questo tipo da parte dell'ambiente. Noi sosteniamo che è quasi impossibile desiderare spontaneamente e conoscere la natura di ciò di cui si ha bisogno quando non la si è mai sperimentata precedentemente, e quindi non si può sapere che cosa non si è ricevuto. Sosteniamo che anche la fantasia di ciò che è mancato non è in grado di cogliere la vera natura di un'esperienza mai avuta nella realtà.

Comprendere e spiegare cosa sia mancato a una persona può essere, e spesso è di per sé un'esperienza positiva nuova che conduce all'attaccamento sicuro, ma di solito è necessario molto di più per evocare e sostenere questo attaccamento. Quando l'analisi funziona, questa nuova esperienza positiva al di sopra e oltre la comprensione e la spiegazione avviene sia che l'analista lo sappia o lo capisca sia che non lo faccia. Ciò sembrebbe implicare che gli analisti fanno qualche cosa, intenzionalmente o non intenzionalmnete, per promuovere l'esperienza di attaccamento sicuro per il paziente.

Riteniamo che ci sia un valore intrinseco nell'essere coscienti - nella misura in cui tale coscienza è possibile - delle nostre intenzioni in analisi in quanto analisti. Riconoscendo la natura non lineare del processo analitico e l'impossibilità di prevedere in anticipo per un singolo paziente l'esatto corso che l'analisi può prendere, nondimeno il nostro modello cerca di essere specifico nell'affermazione degli obiettivi, delle attività e dei valori analitici. A questo fine proponiamo una traiettoria della progressione dello sviluppo in cui lo stabilirsi dell'attaccamento sicuro conduce al consolidamento del sé e al consolidamento del legame di attaccamento (vedi schema 1). In questa traiettoria, il paziente si muove da una configurazione relazionale in cui il paziente sperimenta l'analista come un sé antico traumatizzato farebbe in relazione a un antico altro traumatogeno. Questo nel nostro modello è il transfert. Il paziente si muove da questa esperienza di transfert sull'analista a un'esperienza con l'analista come un altro nuovo, non traumatogeno, mentre il sé può ancora essere sperimentato nell'antico modo traumatizzato, ma l'analista è vissuto come un nuovo altro che aiuta. Alla fine, il paziente sperimenta la configurazione relazionale di un nuovo sé con un nuovo altro. Mentre la prima configurazione antico sé con antico altro è il transfert, i pattern antico/nuovo e nuovo/nuovo sono parte della nuova esperienza positiva. Questi ultimi due pattern di relazione tra paziente e analista sono considerati intimi piuttosto che traumatici. Noi postuliamo due dimensioni di intimità: una dimensione del sé con l' altro che trasforma il sé, e una dimensione del sé con l'altro che condivide interpersonalmente. L'altro che trasforma il sé è usato dal paziente per regolare e trasformare il sé nella prospettiva di arrivare ad essere più pienamente una persona in sé e per sé. L'altro che condivide interpersonalmente è usato per creare per il sé la capacità di essere con l'altro in una condivisione mutua e in una mutua intimità, mentre ciascuno viene riconosciuto dall'altro come una persona in sé e per sé.

La nuova esperienza positiva, quindi, è quel processo ed esperienza che conduce il sé "ad esserci" e a raggiungere un attaccamento sicuro con l'altro. Quel sé avrà caratteristiche di integrazione e di consolidamento. Un sé integrato è definito come un sé sufficiente: in coerenza, affettività, intenzionalità e storicità. Intendiamo per sé integrato un sé che comprende attributi di (1) Intenzionalità o senso di essere causa delle proprie azioni: io posso far accadere le cose; (2) Coerenza: io sono me stesso e rimango me stesso, tutto d'un pezzo in tutte le situazioni; (3) Affettività: io so cosa sento e ho fiducia che i miei sentimenti siano proprio miei; e (4) Storicità: io ho il senso di me stesso nel tempo, nel passato, nel presente e nel futuro.

Un sé consolidato è definito come un sé che è integrato, e che ha ulteriori caratteristiche, più mature, di capacità intersoggettive, capacità auto-riflessive, e strategie auto-protettive adattive, come pure l'importante capacità di raggiungere un legame consolidato con un altro intimo (vedi schema 2). Un tale legame consolidato implica la regolazione reciproca, caratterizzata da un grado appropriato di equilibrio tra esperienze con l'altro che trasforma il sé e l'altro che condivide interpersonalmente. Il legame consolidato include nella diade anche una continuità nel tempo che è in accordo con l'attaccamento sicuro.

A questo punto, applicheremo la nostra teoria integrata all'indagine sull'esperienza sessuale supponendo che una tale integrazione renda possibile una comprensione migliore di questo tema. Kohut (1978, 1984), seguendo George Klein (1960, 1976), aveva estratto dalla vasta categoria della sessualità il concetto di sessualizzazione, un uso non sessuale della sessualità. Tuttavia, le distinzioni che devono essere fatte tra le varietà di esperienze sessuali, e, specificamente, su come può essere compresa la relazione tra amore e sesso, rimane un problema aperto, del quale ora ci occupiamo.

Considereremo tre tipi di esperienza sessuale. Il primo tipo è l'esperienza del piacere sessuale di per sé, che crediamo implichi le qualità e le capacità di un individuo con attaccamento sicuro, includendo il potenziale di essere in una relazione soddisfacente e amorevole con sé e con gli altri. In questo primo tipo di esperienza sessuale, l'intimità sessuale piacevole viene usata a proprio vantaggio e a vantaggio dell'intimità sessuale con l'altro. Crediamo molto semplicemente che i bambini che sono amati in una relazione di attaccamento sicuro hanno più probabilità di crescere con la capacità di essere in relazioni amorevoli con gli altri. Come parte di un tale legame intimo, l'esperienza sessuale è più godibile, ampiamente non ostacolata da conflitti e può essere prefigurata senza una marcata disforia. Quando un tale legame intimo non è disponibile o non è desiderabile, gli individui sicuri sono inclini a procurarsi il piacere sessuale da soli, di nuovo senza conflitti o disforia. Anche Kohut e gli altri psicologi del sé vedono l'esperienza sessuale non conflittuale come la manifestazione di un sé sano, nella visione di Kohut di una persona la cui esperienza di responsività d'oggetto-sé nell'infanzia ha portato a uno sviluppo del sé sufficientemente equilibrato, armonioso e coeso. Ciò che il paradigma dell'attaccamento aggiunge a questa esperienza d'oggetto-sé nello sviluppo è il riconoscimento nelle due direzioni e la condivisione con l'altro, in un'atmosfera di intimità positiva e piacevole: vale a dire, l'equilibrio di me che sono con te e di te che sei con me, come pure del mio essere qui per te e tu per me. Queste sono le due dimensioni dell'intimità che concettualizziamo: l'altro della condivisione interpersonale e l'altro che trasforma il sé. Crediamo che precisamente questi accenti siano necessari per delineare questo primo tipo di esperienza sessuale, l'esperienza sessuale basata sull'attaccamento sicuro. Come un individuo con attaccamento sicuro non è disturbato dal conflitto patogeno edipico, centrale nell'analisi classica e in molte altre teorie psicoanalitiche, così pure non è influenzato da conflitti inconsci del genere (M. Erickson, 1993).

Il secondo tipo di esperienza sessuale è l'esperienza della sessualizzazione nella definizione di Kohut, in cui la persona usa esperienze sessuali piacevoli per sostituire altri importanti bisogni non sessuali del sé e del sé-con l'altro che non sono stati soddisfatti. Mettiamo in relazione questo tipo di esperienza sessuale con gli individui che hanno un attaccamento insicuro (Ainsworth, 1985). I tipi di attaccamento insicuro che colleghiamo con la sessualizzazione sono: ansioso, evitante o con inversione del ruolo genitoriale. Crediamo che l'assenza di reciprocità nell'esperienza sessuale sia caratteristica di tutti i pattern di attaccamento insicuro del sé-con-l'altro. Gli individui con questi pattern mancano di un sé consolidato, hanno difficoltà nell'integrazione del sé e mancano di un legame consolidato con l'altro (vedi schema 2). Quindi non possono godere un'esperienza di sé viva e integrata, o di un'intimità sessuale con il partner piena e reciprocamente gratificante. Come tale, la sessualizzazione, ovvero il reclutamento della sessualità al servizio di bisogni

di attaccamento, rappresenta un'ampia categoria che copre molte manifestazioni sintomatiche diverse, inclusa per esempio la dedizione patologica al sesso, le ossessioni sessuali, le compulsioni sessuali, le fantasie sessuali controfobiche e le messe in scena controfobiche. La sessualizzazione nell'esperienza sessuale serve come via attraverso la quale l'individuo cerca di raggiungere una sensazione di benessere, di auto-protezione, di auto-regolazione, di auto-conservazione e sollievo dal senso di essere solo. L'esperienza sessuale, quindi, diventa un modo per soddisfare dei bisogni di attaccamento; questi bisogni di attaccamento superano, hanno la precedenza e sostituiscono il sesso in se stesso e l'intimità sessuale.

Ecco un esempio di sessualizzazione che deriva da un attaccamento insicuro del tipo legato all'inversione del ruolo genitoriale: un uomo entrò in analisi con sentimenti persistenti di depressione, mancanza di senso del proprio valore e un cronico senso di obbligo verso gli altri. Un pattern di obbligo verso gli altri che perdurava da sempre nella sua vita, veniva messo in scena mediante il continuo prendersi cura e preoccuparsi di fatto dei bisogni degli altri a proprie spese. Il fratello di questo paziente era morto prima della nascita del paziente. Da bambino il paziente aveva scoperto di essere di poco valore a meno che non si mettesse al servizio dei bisogni degli altri. La narrazione che si presentò durante il trattamento fu che il paziente era stato considerato dalla madre come una sostituzione del bambino morto, doveva avere lo scopo di calmarla e consolarla nel suo lutto. L'attuale depressione del paziente venne compresa come derivante non in piccola parte dal sacrificio della sua importanza come persona a pieno titolo, accompagnata da un senso ipertrofizzato di obbligo verso la sua famiglia.

Quest'uomo non poteva affermarsi in una relazione sessuale nei termini dei propri bisogni sessuali personali; doveva aspettare l'espressione dei bisogni sessuali da parte della partner. La sua eccessiva attenzione all'altro, l'imperativo di che cosa lei voleva, creava nella donna la sensazione che lui mancava, che non era presente in quanto sé stesso, come partner pienamente funzionante, con desideri propri. Nell'esperienza sessuale il paziente poteva sentire piacere soltanto se e quando aveva creato il piacere per l'altro. Ciò che venne scoperto nel trattamento fu che il piacere che egli sperimentava non era principalmente sessuale. La sessualità era al servizio del bisogno di attaccamento, di essere approvato da un altro importante. Questa è essenzialmente una configurazione antico-antico, dove il bambino traumatizzato, abbandonato dalla madre con la sua depressione, aveva imparato che si sarebbe sentito meno abbandonato se fosse stato molto attento ai bisogni della madre. Il compito in analisi fu quello di fornirgli la nuova esperienza positiva, che gli consentiva di esprimersi pienamente senza essere abbandonato, sia che soddisfacesse oppure no i bisogni dell'analista.

A questo punto arriviamo al terzo tipo di esperienza sessuale, esperienza che sosteniamo non sia affatto realmente sessuale, vale a dire non soggettivamente sessuale. In questo caso i bisogni del proprio sé e del sé-con-l'altro non sono soddisfatti e non vi È né amore, né intimità, né piacere sessuale di qualche tipo. Inoltre, non vi è né un sé integrato, né un sé consolidato né un legame consolidato con l'altro. Questa è l'esperienza dell'abuso sessuale e delle sue conseguenze. Noi la colleghiamo a individui che hanno avuto una storia simile, e a coloro che rientrano nella categoria D, nel tipo di attaccamento disorganizzato-disorientato. La loro esperienza implica i genitali, è vero, ma il paradosso è che non è sessualmente piacevole; piuttosto, e più spesso, è, dal punto di vista genitale, sgradevole o dolorosa, o è, dal punto di vista genitale, anestetica a causa dei tentativi del sé di auto-proteggersi grazie alla dissociazione o alla dissociazione secondaria alla frammentazione del sé. In questa situazione, che come abbiamo detto riguarda l'abuso sessuale, vi sono esperienze di dolore, tormento, paura, vergogna, umiliazione, rabbia o ira in qualsiasi combinazione tra di loro, accompagnate spesso da un senso di tradimento. La sintomatologia in questo tipo di esperienza sessuale probabilmente include i disturbi post-traumatici da stress (PSD), i disturbi dissociativi, la depressione grave, l'evitamento sessuale, la promiscuità senza gioia e il dolore genitale.

Anche questa terza categoria della cosiddetta esperienza sessuale ha una storia evolutiva che implica di solito maltrattamenti fisici e sessuali da bambini o da adolescenti. Di conseguenza, il sé del paziente viene danneggiato, fatto a pezzi, frammentato o dissociato, mentre tutto quello che c'è di buono nel rapporto con i genitori viene conservato soltanto al prezzo della dissociazione di vasti segmenti dell'esperienza dolorosa vissuta. Nel caso in cui gli stessi genitori sono stati coloro che hanno abusato, essi sono percepiti come pericolosi, opprimenti e imprevedibili. Quando coloro che hanno abusato non erano i genitori, ma altre persone incaricate della cura del bambino, le figure genitoriali vengono spesso percepite come impotenti, poco protettive e distratte, in tal modo gli agenti delle cure sono vissuti come incapaci di dare sicurezza. L'affetto predominante che caratterizza tutti questi individui che hanno subito un abuso attivo è una paura costante e pervasiva, che si manifesta in un'ampia varietà di stati del sé fortemente sregolati.

Recentemente è stata descritta (Davies e Frawley, 1994) l'analisi di una donna che da bambina era stata abusata sessualmente dalla madre mentre stava faccia a terra, legata e nuda. Noi sosterremmo che per un bambino è impossibile provare, in tali condizioni, un'eccitazione sessuale piacevole. Piuttosto, il bambino si sentirà confuso, coartato, privo di possibilità di agire, pieno di paura e torturato. È più che probabile che, in questa esperienza, il bambino provi anche grande dolore, umiliazione, rabbia e terrore. Questa costellazione di sentimenti non è compatibile con l'eccitamento sessuale o il piacere sessuale. Inoltre, il bambino che ha sperimentato un simile abuso si porterà dietro, nello sviluppo successivo, l'eredità della vulnerabilità delle emozioni sessuali ogni qualvolta si troverà in una situazione di stimolazione e/o eccitazione genitale. In aggiunta, sulla base della nostra esperienza clinica, diremmo che l'adulto, che da bambino sia stato abusato, molto spesso evita del tutto l'esperienza genitale oppure usa i genitali nel tentativo di padroneggiare queste emozioni. L'orgasmo può essere l'esito di questi sforzi, ma questo tentativo di sollievo somatico è caratterizzato meglio, secondo noi, in quanto "feargasm", a causa delle emozioni presenti di costrizione, di grande angoscia e di marcata preponderanza dell'attivazione del sistema simpatico sul parasimpatico, che spiega il fallimento di questi "feargasm" nel dare soddisfazione e nel fornire un vero sollievo e il conseguente rilassamento: questo spiega la natura ripetitiva di queste attività compulsive.

Daremo ora un ultimo esempio di questa terza forma di esperienza sessuale che, come abbiamo detto, non è soggettivamente sessuale. Una donna era entrata in terapia per un dolore pelvico cronico e dolore nella penetrazione. Durante la terapia, il dolore pelvico si rivelò essere il ricordo somatico di una reale tortura genitale. Questo flashback di dolore pelvico si risolse lentamente quando fu riconosciuto come dissociato dall'esperienza ordinaria, quotidiana, della paziente e un po' alla volta messo in relazione con l'esperienza reale che la paziente aveva subito, durante l'infanzia, per mano della madre psicotica. Questa paziente, come è tipico in molti adulti della categoria D, era stata coinvolta in un'attività sessuale ripetitiva e dolorosa con il partner, senza sapere perché continuasse a coinvolgersi in quell'attività malgrado il dolore costante. Nessun piacere genitale era mai stato possibile. Dopo un'ampia elaborazione in analisi del trauma infantile, la paziente divenne capace di godere dell'attività sessuale e, per la prima volta, di avere un orgasmo.

In questo caso, il dolore genitale risultò essere un ricordo procedurale implicito della tortura fisica reale dei genitali subita dalla paziente quando era piccola. La nuova esperienza positiva consisteva, per la paziente, nel trovare modalità di sentirsi eccitata genitalmente in maniera sicura. Seguì un lungo periodo di lavoro analitico durante il quale l'analista riconobbe una configurazione antico-antico, un flashback traumatico durante il quale la paziente era muta e capace di descrivere il proprio stato del sé soltanto mediante dei disegni (vedi Figure 1, 2 e 3). La prima illustrazione rappresenta un flashback dell'esperienza della tortura da parte della madre. Questo stato è dominato e sopraffatto dal dolore genitale, senza altri elementi corporei né contatto con il mondo esterno come è rappresentato nel disegno. In riferimento a questo disegno, la paziente descriveva la sensazione di essere sopraffatta dal dolore genitale in uno stato di terrore e impotenza, mentre si sentiva come un insetto inchiodato ad una tavola in corrispondenza del bacino. Nel secondo disegno, vediamo l'iniziale emersione dallo stato di flashback e la progressione verso una nuova esperienza di sé in cui c'è una maggiore consapevolezza del presente. La paziente rappresenta se stessa in uno stato del sé, mentre è triste e piange, e si esamina, nel passato e nel presente, con degli iniziali contorni corporei dal busto in su, sebbene la parte bassa del corpo sia ancora dominata da una dolorosa mancanza di definizione. Il terzo disegno mostra un'ulteriore delineazione e regolazione dello stato del sé: la prima figura rappresenta il sé antico, simile a quello mostrato nel primo disegno; la seconda figura è come quella rappresentata nel secondo disegno, con un nuovo stato del sé che emerge da un'esperienza di flashback dominata dal passato. La terza, quarta e quinta figura mostrano un'evoluzione di questo nuovo stato del sé, nel momento in cui diventa sempre più preminente, con più definiti contorni corporei e una minore enfasi sui genitali. Il dolore è ora più ristretto e localizzato ai genitali stessi. Questi disegni illustravano il dolore, il terrore e la dissoluzione del sé e resero possibile all'analista e alla paziente, di cominciare ad avere accesso a questi stati senza parole, ineffabili, e alla fine di integrarli e trascenderli in una configurazione antico-nuovo. Il potenziale di piacere sessuale della paziente e l'orgasmo soddisfacente (invece dei "feargasm") emersi come dettagli della sua esperienza, vennero espressi in parole in un'atmosfera di intensa sicurezza, cura e salvezza: una configurazione nuovo-nuovo. È proprio qui che la dimensione di intimità con l'altro che-trasforma-il-sé venne vissuta pienamente in analisi. Questa dimensione include esperienze di una relazione in cui il sé e l'altro raggiungono per il paziente il riconoscimento dello stato del sé, la sintonizzazione e la risonanza affettiva, la regolazione del sé e l'integrazione del sé, che conducono il paziente lungo una traiettoria evolutiva dal trauma al trionfo. Anche la dimensione della condivisione interpersonale era una parte importante di questa crescita della paziente. In questa dimensione la paziente riconosceva l'analista come una persona che si prende cura, amorevole, sensuale e sessuale, mentre l'analista a sua volta vede la paziente come un altro che si prende cura, è amorevole, sensuale e amabile, con un sé che ora è capace di una sessualità intima.

In conclusione, abbiamo presentato ciò che speriamo sia un'utile integrazione della psicologia del sé e della teoria dell'attaccamento, mostrando il valore di un approccio dinamico-evolutivo alla psicologia del sé nella sua applicazione ai complessi problemi clinici che riguardano il sesso e l'amore.

Figure 1, 2, 3

Schemi 1, 2

Appendice

BIBLIOGRAFIA

Ainsworth M. (1985), "I. Patterns of infant-mother attachment: Antecedents and effects on development. II. Attachments across the lifespan". Bulletin of the New York Academy of Medicine, 61, 771-791; 791-812.

Bowlby J (1988), Una base sicura, Milano, Raffaello Cortina, 1989.

Davies J.M., Frawley M.G. (1994), Treating the adult survivor of childhood abuse: a psychoanalytic perspective. Basic Books, New York.

Erickson M. (1993), "Rethinking Oedipus: An evolutionary perspective of incest avoidance". American Journal of Psychiatry, 150, 411-416.

Fonagy P., Stelle M., Steele H., Moran G.S., Higgit A.C. (1991), "The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment". Infant mental Health Journal, 12(3), 201-218.

Klein, G. (1976), Teoria psicoanalitica. Raffaello Cortina, Milano, 1993.

Kohut H. (1977), La guarigione del sé. Boringhieri, Torino, 1980.

Kohut H. (1984), La cura psicoanalitica. Boringhieri, Torino, 1986.

Shane M., Shane E., Gales M. (1997), Attaccamenti intimi. Astrolabio, Roma, 2000.

Thelen E., Smith L.B. (1994), A dynamic systems approach to the development of cognition and action. MIT Press, Cambridge, MA.

Van der Kolk B.A., McFarlene A.C., Weisaeth L. (eds.) (1996), Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society. Guilford Press, New York