

Introduzione

Questo lavoro si propone di prendere in esame, senza pretendere di essere esaustivo, i concetti di Regressione, Reversibilità e Flessibilità secondo il vertice psicoanalitico.

Muovendo dal concetto freudiano di regressione si tenterà un collegamento con quelli di reversibilità e flessibilità così come vengono trattati, più o meno direttamente, in altri autori psicoanalitici quali Michael ed Enid Balint, Anna Freud e Wilfred R. Bion.

Il lettore potrà rendersi conto di come il concetto di regressione, inteso da Freud in senso patologico¹, venga da Anna Freud arricchito dai concetti di reversibilità e flessibilità e dunque inteso come indispensabile per la crescita psichica e per la salute psichica.

Si tenterà infine di avvicinare la Reversibilità alle elaborazioni della clinica bioniana.

1. Regressione

Ne l'*Enciclopedia della Psicoanalisi* la regressione viene definita come "un ritorno in senso inverso da un punto già raggiunto a un punto anteriore ad esso, in un processo psichico avente un senso di percorso e di sviluppo". Intesa nel suo senso topico, la regressione si attua, secondo Freud, lungo la successione di sistemi psichici che l'eccitazione percorre normalmente in un dato verso. Nel senso temporale, la regressione suppone una successione genetica e designa il ritorno del soggetto a fasi superate del suo sviluppo (stadi libidici, relazioni oggettuali, identificazione, ecc.) nel senso formale, la regressione designa il passaggio a modi di espressione e di comportamento di un livello inferiore dal punto di vista della complessità, della strutturazione e della differenziazione (Laplanche, Pontalis, 1968).

Il termine regressione compare per la prima volta in letteratura nell'*Interpretazione dei sogni (1900)* quale meccanismo di difesa di secondaria importanza. Freud l'utilizza per spiegare la natura allucinatoria dei sogni: la direzione normale o progressiva dei processi psichici dell'adulto procede dalla percezione dello stimolo al pensiero e quindi all'azione; qualora essa sia impossibile od inadeguata si può verificare un movimento

¹ Ricordiamo che non sempre è così (si veda ad esempio la regressione nel gioco)

all'indietro, o regressivo. Nella vita diurna tale movimento giunge a riattivare la traccia mnemonica corrispondente, ed in quella del dormiente può regredire sino a far rivivere gli elementi percettivi dell'esperienza, provocando un'allucinazione.

Il concetto di regressione è in realtà considerevolmente più antico, anche se risulta difficile definirne la data di introduzione; esso nasce probabilmente dal contatto di Freud con Carl Brucke o con Josef Breuer: quest'ultimo utilizza l'aggettivo "retrogrado" negli *Studi sull'isteria* (1895), nella stessa accezione in cui l'utilizzerà Freud nell'*Interpretazione dei sogni* (1900).

Accanto all'idea di regressione quale meccanismo di difesa, Freud concepisce successivamente quella che vede la regressione quale importante fattore nella patogenesi di nevrosi, psicosi, perversioni. Gli antecedenti di tale concettualizzazione sono rintracciabili negli studi embriologici, che sono utilizzati infatti a fini illustrativi nella XXII lezione dell'*Introduzione alla psicoanalisi* (1915-1917), ma soltanto nella terza edizione dei *Tre saggi sulla teoria sessuale* (1915) egli afferma esplicitamente che la regressione è un importante fattore patogeno. Tuttavia già nel 1909, nella IV e V conferenza sulla psicoanalisi, Freud accenna alla regressione come involuzione della pulsione sessuale che può dare luogo a malattie (cfr., Freud S., 1909; trad. it., 1974, p. 167 e sg.).

La malattia può essere una fuga da una realtà insoddisfacente compiuta sulla via della regressione, cioè un'involuzione a fasi precedenti in cui era presente il soddisfacimento sessuale. La regressione avviene secondo due modalità: temporale, in cui la libido si attacca a fasi precedenti; formale, in cui per soddisfarla si usano i mezzi originari di espressione psichica. Entrambe riportano all'infanzia e producono una condizione infantile di vita sessuale. È l'impatto con una realtà sfavorevole che potrebbe causare il desiderio di staccarsi da questa: se si possiede del talento artistico, le fantasie di fuga dalla realtà sono trasformate in creazione artistica, altrimenti la libido, attraverso la regressione, giunge alla reviviscenza dei desideri infantili e quindi della nevrosi.

La regressione si configura inoltre quale elemento del transfert, sovente al servizio della resistenza: Freud considera il transfert utile al trattamento solo nella forma che verrà definita da Bibring "alleanza terapeutica", ovvero nella sua forma adulta, positiva e inibita rispetto allo scopo; da esso ritiene necessario scindere, tramite l'interpretazione, il transfert negativo e quello regredito, derivante da reviviscenze dei rapporti con le

immagini primarie (Freud S., 1912; trad. it., 1974). Anche in *Ricordare, ripetere e rielaborare* (1914), pur riconoscendo che il transfert può essere talora l'unica possibile espressione di un passato dimenticato e che esso è parzialmente indotto dalla natura del trattamento stesso, Freud consiglia di rispondere a tali fenomeni tramite la sola interpretazione, praticando l'astinenza o la privazione. Riconoscerà in seguito nel transfert una espressione della coazione a ripetere, manifestazione a sua volta della pulsione di morte (Freud S., 1920; trad. it., 1977). Freud parla di funzione terapeutica della regressione soltanto in un brano di *Per la storia del movimento psicoanalitico* (Freud S., 1914, trad. it., 1975, p. 384-385), dove sostiene che nel caso di Dora si era resa necessaria “una lunga deviazione che la riportava indietro agli anni della fanciullezza”, per risolvere gli effetti patologici di un trauma presente ed indicando con ciò l'importanza della regressione nella tecnica analitica. Egli afferma di avere già osservato tale processo nei trattamenti condotti con la tecnica catartica insieme a J. Breuer.

I coniugi Balint (Balint M., Balint E., 1968; trad. it., 1983) osservano tuttavia che, limitandosi alla sola interpretazione, vengono esclusi dall'analisi tutti quei pazienti il cui problema si colloca al di fuori dell'area edipica; egli ipotizza infatti la presenza di due livelli del lavoro analitico: l'area edipica, caratterizzata da un rapporto di tipo triangolare, dal conflitto, e dal linguaggio adulto, e l'area del difetto fondamentale, duale e priva di conflitti in cui il linguaggio perde il suo significato convenzionale. Tale difetto fondamentale, coinvolgente tutta la struttura biopsichica dell'individuo, sarebbe esperito quale mancanza e deriverebbe da una notevole discrepanza, nelle prime fasi di formazione dell'individuo, fra i bisogni bio-psicologici da una parte e dall'altra le cure materiali e psicologiche disponibili al momento della richiesta. Oltre alle prime due aree i Balint ne ipotizzano una terza, l'area creativa, caratterizzata dall'assenza di qualsiasi oggetto; è questa l'area della creazione artistica, delle discipline matematiche, della filosofia, del raggiungere un'intuizione, in cui il soggetto, solo od accompagnato solo da quelli che i Balint definiscono “pre-oggetti”, si appresta a creare l'oggetto. Si tratta di un'area non toccata dal transfert e perciò irraggiungibile con il metodo analitico.

I Balint considerano la regressione un fenomeno relazionale che riporta all'area del difetto fondamentale e si presenta nella situazione analitica nella forma di un cambiamento di atmosfera: le interpretazioni dell'analista non sono più vissute dal

paziente in quanto tali, ma come aggressione o viceversa segno di affetto; se l'analista non riesce ad entrare in sintonia con il paziente, questi non mostra aggressività, ma una "strana mescolanza di profonda sofferenza, assenza di banale scontrosità ed incrollabile determinazione ad andare avanti" (id., p. 140); l'analista prova difficoltà a mantenere la passività empatica e, se rimane impassibile, costringerà il paziente ad abbandonare il trattamento, o ad identificarsi con lui stesso, vissuto come aggressore. La gratificazione può, d'altra parte, condurre il paziente ad una pericolosa spirale di assuefazione, causata dalla tipica mancanza di gratitudine oppure dall'avidità.

In alcuni casi, tuttavia, quando ai bisogni che il paziente manifesta viene data soddisfazione e ai vistosi sintomi segue uno stato di tranquillo benessere, si verifica un cambiamento del carattere e delle modalità di rapporto con gli oggetti, tale da far definire ai coniugi Balint questo fenomeno nei termini di "inizio" (id., p. 259). Ciò che è primario in esso non è la gratificazione, quanto l'atmosfera di assoluta fiducia, *arglos*, utilizzando il termine tedesco sull'esempio di Balint (id., p. 263), che consente al paziente di sperimentare nuove modalità di rapporto con gli oggetti; si tratta di una regressione alla fase antecedente all'emergere degli oggetti primari stessi, la fase dell'armoniosa e compenetrante mescolanza (Balint M., Balint E., 1959; trad. it., 1983), in cui l'analista deve riuscire ad assomigliare alla sostanza flessibile ed indistruttibile che precedeva la comparsa degli oggetti.

I Balint ipotizzano quindi che esistano due forme di regressione, una maligna ed una benigna, che denomina rispettivamente "regressione per la gratificazione" e "regressione per il riconoscimento" (Balint M., Balint E., 1968; trad. it., 1983, pp. 277 e sg.). Nel primo caso la regressione non giunge probabilmente che al rapporto con gli oggetti parziali e la gratificazione è infatti attesa dall'esterno, l'*arglos* è precario ed i pazienti tendono ad aggrapparsi per timore di una frattura. Il pericolo di stati simili all'assuefazione è costante. I bisogni si mostrano pericolosamente intensi, come indicato da Freud, e spesso sono presenti i sintomi di una grave patologia isterica nel quadro clinico ed elementi genito-orgastici nel transfert.

I Balint ritengono che il caso di Anna O., così come quelli che Freud incontrerà successivamente, appartenesse a tale categoria, e che a ciò avesse dovuto il suo parere

negativo nei confronti degli esperimenti tecnici condotti con pazienti regrediti quali quelli di Sandor Ferenczi.²

La regressione benigna è invece caratterizzata da un facile accesso alla fiducia che caratterizza i rapporti primari e da bisogni che si presentano solo moderatamente intensi. Questa regressione ha quale fine l'ottenimento di riconoscimento, in particolare dei propri bisogni interni. L'analista non è infatti tenuto, né gli sarebbe per altro possibile, a dispensare amore primario, quanto a permettere una situazione caratterizzata da tempo e spazio protetti da interferenze esterne, dove riconoscere il proprio difetto fondamentale e sperimentare nuove modalità di rapporto con gli oggetti. Il dissidio fra S. Ferenczi e S. Freud ha tuttavia costituito un trauma profondo e il ruolo di alleato terapeutico della regressione pare essere divenuto, negli anni successivi, un argomento tabù per gli analisti appartenenti al nucleo "classico": essi si sono spesso limitati a stigmatizzarne gli aspetti minacciosi, considerandola effetto di una tecnica scorretta o sintomo con prognosi infausta. Fra le poche eccezioni vi sono le ricerche sulla creatività artistica di E. Kris, che distingue fra una regressione che travolge l'Io ed una al servizio dell'Io in grado di controllare e regolare alcuni processi primari (Kris E., 1935; trad. it., 1967). Si registra in anni recenti un nuovo interesse per il concetto di regressione.

Introduciamo ora i concetti di flessibilità e reversibilità secondo il *Dizionario di Psicologia* di Umberto Galimberti (Galimberti U., 1992).

Flessibilità: fattore psicologico che designa la capacità di adattamento e di modificazione di una persona e la molteplicità dei suoi comportamenti in relazione ai fatti ulteriori o esterni che attraversano la sua vita.

Reversibilità: proprietà di una sequenza i cui termini sono suscettibili di un'inversione.

1. Psicologia della forma: si parla di reversibilità a proposito di quelle immagini contigue dove, in tempi diversi, l'una fa retrocedere l'altra a sfondo della figura emergente.
2. Cognitivismo: J. Piaget ha parlato di reversibilità a proposito di quell'operazione mentale che il bambino acquisisce tra i 6 e gli 11 anni nello stadio delle operazioni concrete quando è in grado di ritornare al punto da cui è partito per compiere un'operazione, con la consapevolezza che si tratta dello stesso percorso e che la cosa non cambia per l'inversione di senso

Comprende due operazioni: a) inversione o negazione: ogni operazione compiuta in un senso si può anche fare nel senso opposto b) Compensazione o reciprocità: in un sistema è possibile compensare l'effetto di un'operazione anche nel senso opposto (ad es. la conservazione del volume).

² Ferenczi permise ai suoi pazienti la regressione al trauma gratificandoli in modo che il loro livello di tensione non superasse la capacità di sopportazione, in ciò contrastato da Freud che non riteneva possibile per l'analista soddisfare in modo durevole le complesse necessità pulsionali di un adulto e temeva lo svilupparsi di uno stato simile all'assuefazione.

Ritroviamo i concetti di flessibilità e di reversibilità nell'opera di Anna Freud.

Secondo la teorizzazione di A. Freud, lo sviluppo psichico procede seguendo le cosiddette linee evolutive, che formano il processo evolutivo, risultante dall'intreccio tra il patrimonio congenito dell'individuo, l'ambiente, e la maturazione e strutturazione interna della personalità.

Queste linee evolutive possono essere percorse più o meno armonicamente e gli stadi di sviluppo possono essere più o meno raggiunti oppure falliti. L'autrice estende tale approccio evolutivo dalla psicologia infantile alla salute mentale adulta, nonché alla psicopatologia.

Anna Freud nella sua opera del 1965, *Normalità e patologia nell'età infantile: valutazioni dello sviluppo*, parla della regressione come principio dello sviluppo normale: "Non vi è dubbio che un simile movimento progressivo sottenda anche lo sviluppo psichico, cioè che anche nel dispiegamento dell'azione pulsionale, di impulsi, di affetti, della ragione e della moralità, l'individuo percorra vie già specificamente determinate.

[...] Ma [...] sul piano psichico dobbiamo fare inevitabilmente i conti con una seconda ulteriore serie d'influenze che agiscono in direzione opposta, cioè con le fissazioni e le regressioni. Soltanto l'attento vaglio di questi due movimenti, quello progressivo e quello regressivo, e delle loro interazioni, ci permette di spiegare [...] ciò che accade lungo le linee evolutive [...]" (Freud A., 1965, trad. it. 1969, p. 829).

L'autrice distingue tre tipi di regressioni, partendo dall'originale distinzione freudiana di regressione topica, regressione formale e regressione temporale, descrivendoli però con termini strutturali:

"[...] la regressione può avvenire in tutte e tre le parti della struttura della personalità: nell'Es, nell'Io e nel Super-io; essa può riguardare tanto un contenuto psichico quanto i metodi di funzionamento; la regressione temporale riguarda gli impulsi diretti ad una meta, le rappresentazioni oggettuali, e il contenuto della fantasia; la regressione topica e quella formale riguardano le funzioni dell'Io, i processi secondari del pensiero, il principio di realtà [...]" (id., p.830)

La distinzione fondamentale è, secondo l'autrice, tra la regressione temporanea e quella permanente. Infatti, mentre la regressione temporanea rappresenta una capacità di movimento, di oscillazione indispensabile per la crescita psichica e per la salute

mentale, nel momento in cui la regressione permane diventando irreversibile, viene a mancare tale flessibilità e si arresta il processo evolutivo (Freud A., 1963; trad. it., 1979, pp. 711 - 712).

Anna Freud scrive:

“[...] le regressioni delle pulsioni come quelle dell’Io e del Super-io sono processi normali che hanno origine nella flessibilità dell’individuo immaturo. [...] esse sono al tempo stesso al servizio dell’adattamento e delle difese, e in entrambe le funzioni aiutano a mantenere lo stato di normalità. [...] quest’aspetto benefico della regressione riguarda solo i casi nei quali il processo è temporaneo e spontaneamente reversibile. [...] Accade [...] che le regressioni, una volta instauratesi, divengano permanenti; le energie pulsionali rimangono allora deviate dalle mete adeguate all’età, e le funzioni dell’Io e del Super-io ne restano menomate tanto da danneggiare in modo grave ogni successivo sviluppo progressivo.” (Freud A., 1965; trad. it., 1969, p. 838).

Quando avviene ciò, la regressione diventa un fattore patogeno, in quanto il sano “traffico a due sensi”, come nomina Anna Freud la reversibilità lungo le linee evolutive, viene bloccato. A causa delle complesse interazioni tra movimenti progressivi e regressivi esistono, quindi, innumerevoli tipi di disarmonie, scompensi, complicazioni, cioè: varianti della normalità. (cfr. id., p.839)

Citando ancora l’autrice:

“[...] la regressione cessa di essere un fattore positivo se i suoi risultati diventano permanenti invece di essere passibili di una reversione spontanea. In questo caso le varie istanze operanti all’interno della struttura psichica (Es, Io e Super-io) devono trovare nuovi rapporti reciproci sulla base del danno causato dalla regressione. E proprio questi effetti postumi della regressione provocano le più dannose ripercussioni sulla personalità e devono essere considerati come agenti patogeni.” (id., p. 854).

L’attenta analisi della flessibilità delle strutture psichiche e la loro capacità di spontanea reversione dallo stato regressivo vengono indicati da A. Freud come criteri base, quindi, per l’accertamento diagnostico del paziente a scopo terapeutico e come validi indicatori della possibilità da parte del paziente di affrontare un trattamento psicoanalitico e di stabilire una relazione di transfert col terapeuta.

Scrivono, infatti, altri autori dell’indirizzo psicoanalitico: “ Nel transfert il soggetto riproduce una regressione controllata che gli permette di rivivere ed in tal modo

comprendere e meglio integrare conflitti e problematiche infantili.”(Lis A., Venuti P., De Zordo M. R., 1995, p. 228). E ancora: “[...] uno dei criteri per la valutazione della possibilità che una persona affronti un trattamento psicoanalitico è che essa sia in grado [...] di rinunciare, parzialmente e temporaneamente, al contatto con la realtà. [...] Deve cioè essere capace di oscillare tra il pensiero di tipo secondario e quello di tipo primario. Deve avere un Io abbastanza elastico per alternare alla regressione un pronto ritorno alla realtà.” (Greenson, cit. in Semi, A.A., 1992, pp. 52 - 53).

Anche altri autori, come E. Kris, Schilder, L. Bellak, sottolineano l’importanza della regressione come abbandono temporaneo e ricorrente dell’adulità, indispensabile per equilibrare e normalizzare l’adulità stessa; essi parlano infatti di regressione al servizio dell’Ego (cfr. Trentini G., 1995).

2. REVERSIBILITÀ NELLA CLINICA

Il concetto di “reversibilità affettiva” viene definito da Carla Gallo Barbisio in *Soggetti, Lavoro, Professioni* come “ la modulata capacità di porsi nel passato, e non solo nel proprio ma in quello altrui, con una precisione e proprietà di sentimenti inimmaginabile se non nell’essersi posto fuori di sé, nell’altro appunto, con un’identificazione totale e assoluta senza peraltro perdersi grazie alla presenza di un’agile forma di reversibilità dei processi di pensiero che permette un immediato ritorno alla propria dimensione per il recupero e la trasformazione dell’esperienza in qualcosa di nuovo.” (Gallo Barbisio C., 1991, p.224). La capacità riferita nel testo all’artista è facilmente riconducibile alla medesima capacità dell’analista di oscillare tra posizione schizoparanoide e depressiva.

Tenteremo ora di accostare il concetto di reversibilità, inteso nel senso di capacità di immedesimarsi e di tornare indietro, alla clinica psicoanalitica.

Per raggiungere il nostro scopo faremo riferimento al pensiero di W. R. Bion, più specificatamente al concetto di oscillazione PS ↔ D.

I termini PS e D sono stati introdotti per la prima volta da Melanie Klein in *Note su alcuni meccanismi schizoidi (1946)*.

M. Klein ritiene che, nell’adulto, la posizione schizoparanoide sia sempre patologica, mentre la posizione depressiva sia la meta da raggiungere per un sano sviluppo mentale.



Il bambino, una volta passato da PS a D, non ricadrà mai in PS, salvo in presenza di un funzionamento mentale patologico. Il verso PS → D è, dunque, irreversibile.

Bion introduce un elemento di novità al concetto kleiniano; egli ritiene infatti che, una volta raggiunta la posizione depressiva, non si rimanga tutta la vita nella sicurezza delle certezze acquisite. Anzi, per un continuo sviluppo della mente, è necessario, a volte, ritornare in uno stato analogo a PS (riferendosi all'analista Bion parla di "pazienza"), affrontare il cambiamento catastrofico, nell'attesa che una nuova congiunzione costante prenda forma nella mente, e che sia così possibile raggiungere una nuova D, organizzata sulla base di una congiunzione costante ed intorno ad un fatto scelto (Bion), destinata a destrutturarsi nuovamente.

Il movimento non è più il lineare PS → D kleiniano, ma la meno rassicurante oscillazione dalla posizione schizoparanoide alla posizione depressiva, in cui è sempre insito il ritorno alla destrutturazione.

“Il concetto di oscillazione PS ↔ D assume in Bion il valore di una funzione fisiologica della mente, che contribuisce alla scoperta di significati e, in definitiva, alla capacità di pensare, per cui la condizione d'attesa che si suole indicare come “pazienza” dell'analista di fronte alla mancanza di significato delle produzioni del paziente, viene indicata da Bion come una capacità di “tollerare” uno stato mentale collegato a PS: per la frammentazione degli elementi che non consente il significato. La scoperta e la formulazione del significato – quando l'analista trasmette l'interpretazione – vengono invece collegate ad una sensazione di certezza e di sollievo e quindi a D” (Viola M., 1997 - 1998, p. 43).

Così l'analista non si ancora alla sicurezza ed alla chiarezza della posizione depressiva, ma sosta in PS insieme al paziente, sopportando, grazie alla sua capacità negativa, il caos e l'assenza di significato che questa comporta, alla ricerca di pensieri imprevedibili; l'analista in questa situazione cerca di essere all'unisono con il paziente secondo una modalità gruppale di due menti (id., p. 24).

In questo modello il paziente non ha il ruolo passivo di “paziente” nel senso medico del termine, ma egli è veramente il miglior aiutante dell'analista, in quanto, in alcuni casi, è proprio lui che osserva e comunica all'analista che tipo di relazione si è instaurata tra i due.

Bion, “per la cura degli psicotici centra il suo lavoro soprattutto nel ricercare il significato delle relazioni tra la mente dell’analista e quella dell’analizzando, utilizzando le frange di psicosi presenti nell’analista, che la Klein aveva individuato come situazioni della condizione infantile. Operazione questa pericolosa e sgradevole, che porta a confrontarsi con i disturbi del pensiero” (id., p. 26).

Nell’analisi, quindi, l’analista è costretto a confrontarsi con la parte psicotica della propria mente, utilizzandola anche per essere all’unisono con il paziente. L’analista deve cioè vibrare, attraverso l’identificazione proiettiva, all’unisono con il paziente. Secondo Bion l’analista deve calarsi nel funzionamento mentale dello psicotico, sostare in questa posizione pazientemente, esercitando la propria capacità negativa, senza lanciarsi in una ricerca frettolosa di significati, nell’attesa che un nuovo significato appaia. In questa condizione l’analista cerca di “agganciare” il paziente, al fine di portarlo indietro con sé ad un funzionamento mentale più evoluto.

È facilmente comprensibile, dunque, come l’analista deve avere la capacità di sopportare il confronto con la propria parte psicotica e la turbolenza emotiva che questa porta con sé, ma deve anche avere la capacità, da tale posizione, di ritornare ad un funzionamento mentale più evoluto. L’analista deve solo sostare in PS, per poi ritornare in una nuova D in possesso di nuovi significati.

In questo senso possiamo avvicinare il concetto di reversibilità alla clinica psicoanalitica. Come nella reversibilità, l’analista deve sapersi immergere nel funzionamento mentale del paziente, deve funzionare come lui, per poi riemergere, ritornare indietro, ad un funzionamento mentale evoluto con il paziente.

Claudio Neri scrive: “Piuttosto mi comporto come un subacqueo che si immerge nello Stato gruppale nascente e poi riemerge dalla profondità. Riemergendo, doso il fiato, non trascuro le soste per la decompressione, anzi le prolungo perché aspetto che i compagni di immersione meno esperti mi seguano verso la superficie” (Neri C., 1997, p. 49).

Sostituendo a “Stato gruppale nascente” PS, è chiaro come quanto riportato si possa applicare perfettamente ai concetti fin qui esposti.

Bibliografia

1. Balint M., Balint E. (1959 – 1968), *La Regressione*, Raffaello Cortina, Milano, 1983
2. Bion W. R., *Learning from Experience*, William Heinemann – Medical Books – Ltd., 1962 [trad. it., *Apprendere dall'Esperienza*, Armando, Roma, 1972]
3. [W], *Attention and Interpretation. A scientific Approach to Insight in Psycho – Analysis and Groups*, Tavistock Publications, London, 1970 [trad. it., *Attenzione e Interpretazione*, Armando, Roma, 1973]
4. Laplanche, Pontalis, *Enciclopedia della Psicoanalisi*, Editore Laterza, Bari, 1968
5. Galimberti U., *Dizionario di psicologia*, UTET, Torino, 1992
6. Freud S., *Studi sull'isteria (1895)*, in Opere di Sigmund Freud (O. S. F.), Boringhieri, Torino, I, 1967
7. [W], *L'interpretazione dei sogni (1900)*, in O. S. F., Boringhieri, Torino, III, 1966
8. [W], *Tre saggi sulla teoria sessuale (1905)*, in O. S. F., Boringhieri, Torino, IV, 1970
9. [W], *Sulla Psicoanalisi. Cinque conferenze (1909)*, in O. S. F., Boringhieri, Torino, VI, 1974
10. [W], *Per la storia del movimento psicoanalitico (1914)*, in O. S. F., Boringhieri, Torino, VII, 1975
11. [W], *Ricordare, ripetere e rielaborare (1914)*, in O. S. F., Boringhieri, Torino, VII, 1975
12. [W], *Introduzione alla psicoanalisi (1915 – 1917)*, in O. S. F., Boringhieri, Torino, VIII, 1976
13. [W], *Al di là del principio del piacere (1920)*, in O. S. F., Boringhieri, Torino, IX, 1977
14. Freud A., *Normality and pathology in childhood*, International Universities Press, New York, 1965. [trad. it., *Normalità e patologia nel bambino*, Feltrinelli, Milano, 1969]
15. [W], *The Role of Regression in Mental Development*, in Solnit A. J., Provence, S. A. (a cura di), *Modern Perspectives in Child Development*, International Universities Press, New York, 1963 [trad. it., *La funzione della regressione nello sviluppo psichico*, Boringhieri, Torino, 1979: pp. 711-712]

16. Gallo Barbisio C., *Psicologia dei processi di creazione artistica*, in *Soggetti, Lavoro, Professioni*, a cura di Gian Piero Quaglino, Bollati Boringhieri, Torino, 1991.
17. Kris E. (1935 – 1952), *Ricerche Psicoanalitiche sull'Arte (1952)*, Einaudi, Torino, 1967
18. Semi A. A., *Dal colloquio alla teoria*, Cortina, Milano, 1992.
19. Lis A., Venuti P., De Zordo M. R., *Il colloquio come strumento psicologico - Ricerca, Diagnosi, Terapia*, Giunti Gruppo Editoriale, Firenze, 1995.
20. Neri C., *Gruppo*, Borla, Roma, 1997, 3^a ed.
21. Trentini G., *Manuale del colloquio e dell'intervista*, UTET, Torino, 1995
- Viola M., *Dispense del corso di Psicologia Clinica*, Torino, a.a. 1997 - 1998).