

<p>IL CONCETTO DI TRANSFERT TRA RIPETIZIONE DEL PASSATO E PROGETTO EVOLUTIVO.</p>
---

LUIGI CAPPELLI

James Fosshage nel suo scritto: "Toward reconceptualising Transference", comparso sull'"International Journal of Psycho-Analysis dell'aprile 1994, distingue accuratamente due modi di concepire il transfert: Il "Displacement model" e l' "Organisation model".

Otto punti sono indicati da Fosshage come particolarmente significativi.

Processo nucleare, (Core Process)

Natura della realtà, (The Nature of Reality)

Paradigma scientifico (Scientific paradigm)

Caratteristiche strutturali, (Structural Features)

Modello motivazionale, (Motivational Model)

Contributo analitico, (The Analyst's Contribution)

Chiarificazione del transfert, (Illuminating the Transference)

Natura del cambiamento, (The Nature of Change).

In sintesi nel modello "Displacement" il transfert è definito come un processo nel quale il paziente attribuisce inappropriatamente all'analista desideri, sentimenti e atteggiamenti, appartenenti al passato delle sue relazioni significative, distorcendo la "realtà" della figura del curante, definibile in base ad un paradigma positivistico. Inoltre il transfert, nel modello considerato, sarebbe, secondo Fosshage, un fenomeno regressivo, fondato su pulsioni libidiche e aggressive,

che viene proiettato sull'analista, considerato come neutrale e collocato in "blank-screen position". La funzione analitica consiste nel capire e spiegare al paziente le distorsioni della sua figura operate dal paziente, tramite le proiezioni. La risoluzione del transfert comporta la rinuncia ai desideri e alle paure infantili in favore di obiettivi e stati emotivi più realistici.

Nel modello "Organisation", invece, il transfert è definito come l'esperienza che il paziente costruisce della relazione analitica, secondo una realtà soggettiva, mentre il paradigma scientifico di questa impostazione è quello relativistico.

(Una simile opinione è espressa da Merton Gill, anche nel suo recente "Psyco-Analysis in Transition").

Il ricorso a modelli organizzativi primitivi di relazione non comporterebbe un fenomeno regressivo, ma il manifestarsi di condizioni sempre potenzialmente operanti. Il sistema motivazionale, secondo questo modello, è sganciato da una concezione energetica e allargato ad altre aree di attività fondamentali, in accordo con la proposta di Lichtenberg di cinque sistemi basilari, ( regolazione psichica dei bisogni fisiologici, attaccamento-affiliazione, esplorazione-assertività, ritiro-avversione, sensualità-sessualità).

Nell'ambito del modello "Organization", l'analista contribuisce significativamente a determinare il transfert, tramite la sua soggettività. Egli comprende e manifesta al paziente come questi

sperimenti ed organizzati la relazione presente. Al termine del trattamento, gli schemi primitivi, problematici, dovrebbero smettere di essere prevalenti e integrarsi con altri più funzionali, arricchendo le possibilità complessive del Sé.

Al di là del riduzionismo dello schema, che rischia di risultare lievemente caricaturale per quanto concerne il modello "classico", mi pare opportuno considerare con attenzione la posizione di Fosshage, allo scopo di evitare atteggiamenti clinici, capaci di contribuire alla ripetitività degli scambi conflittuali, nella relazione analitica.

Una considerazione che si può trarre, insieme a questo Autore, è che il concetto di transfert, come ripetizione delle relazioni del passato del paziente e quello di controtransfert come risposta più o meno adeguata dell'analista, non sono sufficienti oggi a descrivere la complessità delle interazioni tra paziente ed analista.

All'inizio, Freud individuò il transfert come resistenza, tipicamente come resistenza al riemergere o al riconoscere desideri sessuali inaccettabili, rivolti alla persona del terapeuta. Tale resistenza imponeva la presenza della relazione attuale e sembrava interferire con il lineare svolgimento del processo analitico, rivolto, allora, alla ricostruzione, tramite il ricordo, di un passato dimenticato o sconosciuto.

Egli distinse successivamente un transfert positivo ineccepibile, fondamento di un buon trattamento, differenziandolo

dalle versioni problematiche, costituite dai transfert erotizzato e negativo. Questi ultimi avrebbero avuto fondamento prevalente nel corredo pulsionale, mentre il primo, più realistico e modulabile, sarebbe stato espressione delle componenti affettive e razionali evolute.

Attualmente molti autori tendono a valorizzare aspetti tecnici e personali dell'analista nel determinare le caratteristiche del transfert, come nel costituirsi di una salda alleanza di lavoro (Greenson, 1965), oppure, ad esempio, nella formazione della reazione terapeutica negativa. Secondo questo orientamento relazionale, quando esiste conflitto, oltre ad un fenomeno conflittuale intrapsichico, ve ne sarebbe anche uno interattivo nel determinarsi del fenomeno della resistenza.

In passato molto si è scritto sugli aspetti distruttivi della opposizione al trattamento, tuttavia già nel 1914, Adler aveva parlato di principio di salvaguardia dello stile di vita, anche nel caso che lo stile fosse nevrotico. Più recentemente, nel 1968, Erikson definì resistenza di identità l'esigenza, da parte del paziente di sottrarsi alla influenza del terapeuta, per proteggere la propria persona mentale da una sorta di fagocitosi da parte di questo interlocutore privilegiato. Nel caso dell'anoressia mentale, per esempio, il soggetto sfida la morte per difendere la identificazione acquisita, che teme non sia rispettata nello scambio. Erikson sottolineava l'importanza cruciale, per

l'analista, di riconoscere questa identità negativa nell'analizzando.

D'altro canto, come già sosteneva Sterba nel 1929, l'analista invita il paziente ad identificarsi con le funzioni da lui svolte, basandosi sul desiderio di guarigione, sul transfert positivo e sulla gratificazione prodotta dal condividere conoscenze comuni.

Toma e Kachele (1988) ricordano, a proposito di identificazioni positive, come, nel 1980, Loewald criticasse il concetto di identificazione con oggetti, sostenendo invece che il processo si verifici con interazioni.

Abraham, nel 1919, descriveva il fenomeno dei "superanalisti", di quei pazienti, cioè, che assumevano precocemente e massivamente il ruolo di analisti di se stessi, togliendolo quasi al terapeuta. Il fenomeno venne interpretato da Abraham come difensivo, in una connotazione negativa, cui, forse, sfuggiva il valore positivo di emulazione contenutivi.

Kohut d'altronde, nel parlare di angoscia di disintegrazione del Sé, non sembrava dar valore al ruolo che l'aggressività, sia pure secondaria a frustrazione, svolge nel contribuire alla formazione di sensazioni interne o esterne di disgregazione.

Anche qui è probabile intervengano fattori interattivi di trattamento: la tecnica della psicologia del Sé, attenta ai valori di empatia, di riconoscimento, di facilitazione dell'assertività, può essere meno astinente ed oppositiva della tecnica classica e provocare meno frustrazioni, sollecitando minor aggressività.

Secondo Kohut sarebbero due le cause preminenti di resistenza al coinvolgimento nel transfert, da parte del paziente: la paura di lasciar emergere bisogni arcaici, per una nuova frustrazione e il timore di estinguere la propria privatezza a motivo di una particolare fragilità. (in R. Storolow, B. Brandchaft, G. Atwood, "Psychoanalytic Treatment", 1987)

Merton Gill (1982) fa distinzione tra difesa, da lui vista come fenomeno intrapsichico e resistenza, considerata come evento relazionale.

Secondo Gill, Freud considerava la resistenza soprattutto come ripetizione ed il transfert come elemento della ripetizione e della coazione a ripetere.

I temi della resistenza e della ripetizione sono strettamente collegati a quello del transfert nel pensiero analitico.

Rank, Ferenczi, Reich si occuparono della tecnica interpretativa di transfert e resistenza come fenomeni collegati.

Il concetto di resistenza è stato enfatizzato dalla Psicologia dell'Io, mentre veniva trascurato dalla scuola kleiniana, ove dominavano, come difese prototipiche, i fenomeni proiettivi. Tuttavia sia il concetto di resistenza che quello di proiezione, o di identificazione proiettiva sono stati ampiamente collaudati in ambito interattivo. Basti considerare, per la scuola kleiniana i contributi forniti da Bion nel campo dello scambio reale, oltre a quello fantasticato.

Possiamo oggi considerare possibile, su questo terreno, un certo livello di convergenza tra le due tradizioni di pensiero. Quando Sandler parla di processi difensivi diretti all'oggetto, sembra contribuire ad uno sviluppo in senso integrativo. Rimangono, tuttavia orientamenti diversi tra scuole.

Ad esempio, sia Melanie Klein , sia Merton Gill hanno conferito grande rilievo all'uso del transfert nella relazione analitica, ma esistono notevoli differenze nel modo di considerarlo teoricamente e praticamente. Uno degli aspetti divergenti è legato alla realtà della relazione, particolarmente sottolineato da Gill. Egli presuppone che vi sia influenzamento in ogni interazione.

La scuola kleiniana, al contrario, ha molto sottolineato il ruolo della fantasia inconscia. Inoltre la caratteristica di atemporalità, conferita dal tale scuola all'inconscio tendeva a minimizzare le peculiarità della relazione.

Toma e Kachele, sviluppando il concetto di attualità di Erikson, ribadiscono l'importanza del fenomeno della genesi attuale nelle interazioni di transfert: attualità e retrospettività si collegano.

Storolow e Lachmann (1984-85) considerano inoltre astratta la dicotomia tra esperienza realistica ed esperienza deformata: è compito dei protagonisti dell'interazione soppesare gli indizi percettivi che rivelano il transfert, per formulare versioni plausibili della situazione e stabilire quando la verità sia presumibilmente deformata.

Quindi sulle vecchie esperienze si innesta una nuova, peculiare relazione ed è la relazione stessa, oltre al tradizionale insight a fondare i presupposti di cambiamento dei modelli ripetitivi.

Quando c'è inconsapevolezza di malattia e la motivazione al trattamento è carente, troviamo situazioni di resistenza d'identità, che non possiamo descrivere, oggi, come difese narcisistiche, dato che, secondo l'espressione di Toma e Kachele: ".questo concetto è radicato nella teoria pulsionale, ormai insostenibile."

Meritevole di attenzione mi sembra l'indicazione fornita dai due autori, nel loro trattato di terapia psicoanalitica a proposito di una polarità tra autoaffermazione e autoconservazione. Uso il termine polarità per allontanare l'associazione automatica con l'idea di un conflitto inevitabile. Diversamente da Mitchell, che ritiene il conflitto, inscindibilmente legato alla relazione, preferisco il termine di "tensione dialettica", che, in casi patologici, può esitare in conflitto, ma che in altre condizioni esprime solo complessità di componenti (Lichtenberg, Lachmann, Fossage, Self and Motivational Systems 1993).

Difficoltà nella formazione di un'alleanza di lavoro, resistenza al trattamento, ripetitività di temi relazionali patologici, difesa strenua di una identità vacillante sono



argomenti centrali particolarmente nella cura delle più severe patologie mentali..

E' indispensabile aggiornare i nostri strumenti clinici per migliorare l'approccio tecnico ai gravi disturbi mentali. In tal senso emergono nella letteratura contemporanea spunti di notevole interesse, che ci consentono di guardare con occhi nuovi ai temi psicoanalitici tradizionali.

L'interesse per gli episodi interattivi e lo studio della loro ripetitività si giova dell'uso del concetto di "Model Scenes", proposto da Lichtenberg in *Psychoanalysis and Motivation*, nel 1989, e ripreso nel più recente *Self and Motivational Systems*, del 1993.

Secondo Lichtenberg per scena modello deve intendersi un insieme di aspetti essenziali dal punto di vista della comunicazione condensati in una scena o rappresentazione.

Nel definire il concetto, l'Autore fa riferimento a tre costrutti, dai quali partire:

- a) concezione dell'analista, che sintetizza aspetti significativi della comunicazione del paziente,
- b) concezione teorica dello sviluppo,
- c) concezione dell'analizzando che condensa esperienze vissute, passate e presenti.

Lichtenberg attribuisce tre significati del termine "model":

- 1) scena prototipo di ricorrenti modi di essere o momenti traumatici con

2) schema di organizzazione soggiacente di a) bisogni di base, b) risposta dell'interlocutore, c) reazione del sé,

3) esempio normativo di rappresentazione, implicante modi rappresentativi del processo primario (aspetti visivi, auditivi, motori e, in specie, affettivi) e secondario.

I sistemi motivazionali forniscono tipiche scene di ogni fase di vita.

Il punto 2), relativo all'organizzazione della scena, presenta una significativa correlazione con il lavoro di ricerca di Lester Luborsky, a suggerire la possibilità che almeno parzialmente i temi ricorrenti nelle scene modello possano essere oggetto di indagine scientifica.

La possibilità di individuare situazioni relazionali ripetitive o dotate di peculiare rappresentatività è fondamentale nel processo di integrazione dei dati relativi a condizioni di setting più complesse di quelle della situazione analitica tradizionale.

Per esempio affrontando materiale relativo a diversi contesti terapeutici, come incontri individuali con i pazienti, sedute di terapia familiare, controlli farmacologici. Ciò è vero anche e in particolar modo, quando sia necessario unificare piani diversi di trattamento con pazienti, che per le loro caratteristiche psicopatologiche, tendono a indurre disintegrazione nei loro interlocutori, o a inserirsi nelle divaricazioni esistenti tra livelli e teorie d'intervento nei curanti.

Inoltre l'uso di scene modello appare utile nel tentativo di unificare aree interattive presimboliche e simboliche. Sappiamo che tale problema si presenta con sistematicità, nel caso delle psicosi, in cui è essenziale condividere più che descrivere.

Intendo fornire ora una visione sintetica di un trattamento, durato oltre un decennio, tuttora in corso, di un caso di psicosi schizoaffettiva. Il paziente, che chiamo Pietro, è seguito in psicoterapia da me e in terapia farmacologica da un collega; in passato, per un lungo periodo, furono seguiti in terapia di coppia i genitori.

*Primo episodio.* Pietro fa parte di un gruppo eversivo di estrema sinistra, poco prima dei moti del '77, ha circa venti anni e studia una materia scientifica all'università. Una ragazza, componente del gruppo, lo avverte che è stato scelto dal leader per un progetto omicida: tra breve alcuni di loro uccideranno un estremista di destra, noto nel quartiere. Pietro, sulle prime, è contento che il capo, da lui tanto ammirato, lo abbia considerato degno dell'azione, ma, subito dopo, è assalito da una terribile angoscia: nel quartiere molti sanno che il "fascista", che è un uomo adulto, lo sospetta di avergli bruciato l'auto. L'estremista di destra è stato oggetto, infatti, di un attacco da parte del gruppo di cui Pietro fa parte, in questo attacco gli è stata incendiata l'automobile. Pietro è personalmente innocente, non avendo partecipato direttamente all'azione, ma teme di essere

indiziato egualmente come persona motivata a danneggiare e anche uccidere. Sprofonda in un terrore incontrollabile di subire una rappresaglia da parte degli estremisti nemici o di essere incriminato dalla polizia.

Pietro non ha ricordo della fase successiva in cui si verifica il primo gravissimo episodio dissociativo della sua vita, con eccitamento psico-motorio, insonnia totale, delirio persecutorio, allucinazioni visive e auditive. Gli riferiranno, poi, i genitori che, completamente fuori di sé, ha tentato di appiccare il fuoco in casa. Riprende conoscenza in ospedale psichiatrico dove è stato ricoverato. La prima immagine al risveglio è quella dei volti dei ragazzi del suo gruppo: Pietro vede, chine attorno al capezzale del letto in cui è sdraiato, le teste dei compagni del gruppo che cercano di rassicurarlo, dicendogli che hanno desistito dal progetto omicida a causa del suo stato.

*Episodio durante la fase centrale del trattamento.* Pietro arriva in seduta in condizioni di eccitamento, è in preda a una rabbia furibonda: urla, bestemmia, minaccia. Robusto e pletorico, paonazzo in viso, gesticolante, sembra espandersi, sino a scoppiare. Lo accompagnano i genitori, mentre il fratello maggiore, che ha guidato, attende fuori. Inveisce a voce altissima contro i suoi e li minaccia di morte perchè lo hanno rovinato per sempre. Dichiarava di essere il capo degli estremisti di sinistra e di volere la morte di poliziotti e di psichiatri. Afferra una sedia e mostra di voler colpire il padre alla testa, spinge

violentemente la madre, che cade a terra. Più tardi colpirà il fratello mentre è al volante, a rischio di causare un incidente, ma non succede nulla di grave, concretamente, a parte la violenza dell'emozione, che mi raggiunge profondamente. Anche se ho la netta sensazione che Pietro conservi una forma di controllo degli atti, l'intensità del suo stato è quasi soverchiante. Durante l'incontro dice di essere «un Cappelli incazzato», di essere un capo terrorista ed estende la sua protesta contro tutta la società repressiva, medici in testa.

*Episodio durante la fase <sup>a</sup>avanzata del trattamento.* Pietro dice di «avere perso la sua battaglia contro il mondo» mentre io ho vinto.

La realtà è troppo brutta, per lui. Stava meglio quando era matto e sognava un mondo di sensibilità e di altruismo. Egli combatteva per i valori spirituali, quando era ragazzo, mentre gli adulti, come suo padre, medici inclusi, sono gretti, aridi, materialisti e vedono solo malattia mentale nella sua problematica. Scaglia con violenza il suo berretto di lana contro di me e accenna a rovesciare la pesante scrivania, che ci separa, con un calcio, quindi interrompe la seduta.

Pietro ha sempre sostenuto la tesi che la malattia mentale non esista, ma sia una creazione della società avida, consumista e malata, vuota di valori.

Mi porta, in una seduta successiva, una raccolta di sue poesie, precedute da una dedica affettuosa.

Riporto per esteso uno di questi componimenti, che mi sembra indicativo.

Il gioco.

Il gioco dei bambini è candido  
perché candida è la violenza che può esserci.

Il gioco dei grandi è terribile  
perché non c'è più gioco, ma solo violenza.

Rimanere piccoli è impossibile  
anche se sarebbe giusto.

Amare con dolcezza la natura è giusto  
anche se, da grandi, è impossibile.

L'amore dei bambini è candido  
perché c'è purezza, anche se c'è violenza.

I grandi non costruiscono la Storia  
sono soltanto dei pazzi.

Ho scelto questi tre frammenti della storia clinica del paziente perché mi sembravano adatti a individuare una costellazione relazionale, ricorrente e dotata di un potenziale altamente conflittuale.

Il primo episodio si verifica al di fuori di ogni intervento terapeutico.

Nella figura dell'antagonista diretto di Pietro e del suo gruppo di coetanei, il "fascista", cui i giovani incendiano l'auto

e che progettano di uccidere, possiamo collocare metaforicamente e con facilità il padre del paziente. Il padre di Pietro era stato poliziotto, da giovane era molto autoritario, in famiglia, e le sue idee erano decisamente conservatrici. Verosimilmente ci sentiamo autorizzati ad interpretare l'episodio, affermando che l'animosità inconscia verso la figura paterna, con le implicazioni di senso di colpa e timore di rappresaglia, abbia giocato un ruolo psicologico fondamentale nel determinare lo scatenarsi dell'episodio psicotico, che ha dato inizio alla lunga serie di crisi dissociative e distimiche, che costellarono poi la lunga "carriera" di Pietro.

Il secondo episodio si colloca durante la fase di costruzione del setting psicoterapeutico, che fu particolarmente lunga con questo paziente, tanto da richiedere anni per realizzare una regolarità di incontri, sia dal punto di vista della continuità che della puntualità, che della durata: Pietro arrivò una volta in Ambulatorio alle otto del mattino, per un appuntamento fissato a mezzogiorno, attese sino alle undici e quarantacinque, e poi andò via, prima che io fossi libero, affermando che aveva aspettato troppo. Oppure poteva abbandonare la seduta dopo alcuni istanti, dicendo di non sentirsi di parlare. O ancora decideva di interrompere il trattamento, per qualche tempo, perché i vissuti erano troppo emozionanti. Una volta, contro il mio parere, si sottopose ad un ciclo di Elettro-Shock, perché si trovava in uno stato depressivo, che non sopportava. Solo dopo una fase

propedeutica, caratterizzata da una relativa flessibilità del setting, riuscimmo a realizzare un ritmo costante.

Considerai il secondo episodio come una drammatizzazione di una scena di forte contrasto con le autorità, alla ricerca di un interlocutore, di uno spettatore partecipe, con cui identificarsi: IL "Cappelli incazzato".

Nel terzo episodio il trattamento si è instaurato e con esso una situazione di transfert: Il terapeuta è considerato parzialmente equivalente al padre, anche sulla base di caratteristiche reali e diviene punto di riferimento di una violenza attenuata (il lancio del berretto di lana), di accuse di materialismo, ma anche di riconoscenza e di tentativi riusciti di scambio intimo.

Oggi Pietro è notevolmente migliorato: da anni non ha ricadute gravi né ricoveri; non manifesta il quadro di impoverimento che si realizza in molte situazioni analoghe non trattate. Vive in famiglia e riesce a mantenere un rapporto affettuoso anche con il padre, malgrado piccoli, regolari scontri a proposito della "prodigalità" di Pietro, che viene spesso censurata dall'"eonomo e oculato" padre. Il paziente è in grado anche di lavorare con maggiore continuità, rispetto al passato, di avere una relazione affettuosa con una ragazza e di frequentare qualche amico, cui è molto affezionato.

Tuttavia Pietro non è felice di avvicinarsi alla normalità, perché questo destino gli appare come una rinuncia quasi



insopportabile alle sue aspirazioni infantili e adolescenziali ad una esistenza di amore e fratellanza, che non vede possibile nella realtà, quale gli venne prospettata dal padre e gli viene proposta, oggi, da me.

Ritengo che la costellazione conflittuale, che viene attualmente elaborata all'interno della relazione terapeutica sia rimasta strutturalmente invariata negli anni. E' mutata, invece l'intensità del conflitto, sia nell'area intrapsichica che in quella di rapporto. In Pietro persiste una discreta difficoltà di integrare aspetti innovativi e conservatori, esuberanti e normativi. Si può pensare ad un conflitto tra esigenze esplorative e bisogni di attaccamento - affiliazione, oppure ipotizzare uno scontro tra tendenze relative all'autoaffermazione e spinte legate alle necessità autoconservative.

In ogni caso mi sembra essenziale considerare la ripetizione dei temi conflittuali come legata ad un bisogno espressivo e trasformativo, nonostante la violenza contenuta nel conflitto stesso. Inoltre mi sembra evidente in questo caso l'esigenza di costruire con un nuovo interlocutore, non solo l'espressione di una sofferenza del passato, ma anche condizioni più favorevoli per una attenuazione del dolore psichico. In questo processo è indispensabile, specie con i pazienti gravi, confrontarsi con un punto di vista significativamente differente dal nostro. Ciò che può apparire desiderabile a noi spesso rende infelice il paziente e non soltanto per una distorsione patologica, ma specialmente per

una sensibilità particolare a certi temi, sia spontanea che acquisita in seguito ad esperienze disturbanti. La visione del paziente, su cui non di rado è costruita la personalità stessa del nostro interlocutore merita rispetto, anche quando si manifesti in modo ripetitivo e distruttivo o in prospettive che un "sano" non può far ameno di avvertire, con un giudizio implicito, devianti e pericolose. Queste prospettive penso implicino molto spesso un progetto di salvezza, che può essere assai diverso da quello che intendiamo proporre noi. Più che cercare di applicare il nostro dovremmo cercare di comprendere quello del paziente e discuterne con lui le implicazioni.

#### BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- FOSSHAGE J.L., *Toward reconceptualising Transference: theoretical and clinical considerations*, «The International Journal of Psycho-Analysis», vol. 75, part 2, Apr.1994. pp.265-280.
- GILL M.M., *Teoria e tecnica dell'analisi del transfert*, Astrolabio, Roma 1985; tit. orig. *Analysis of Transference Theory and Technique*, Int. Universities Press, Inc., New York, 1982.
- GILL M.M., *Psychoanalysis in Transition . A Personal View*, The Analytic Press, Hillsdale, N. J. 1994.
- LICTHEMBERG G. D., *Psychoanalysis and Motivation*, The Analytic Press, Hillsdale, N. Y. 1989.
- LICTHEMBERG G. D., LACHMANN F. M., FOSSHAGE J. L., *Self and Motivational Systems. Toward a Theory of Psychoanalytic Technique*, The Analytic Press, Hillsdale, N. Y. 1993.
- LUBORSKY L., CRITS-CHRISTOPH P., *Capire il transfert*, (ed. orig. 1990), Milano, Cortina, 1992.
- MITCHELL S. A. *Gli orientamenti relazionali in Psicoanalisi. Per un modello integrato*, Bollati Boringhieri, Torino 1993; tit. orig.

*Relational Concepts in Psychoanalysis. An Integration*, Harvard University Press, Cambridge, Mass.-London 1988.

STOROLOW R. D., BRANDCHAFT B., ATWOOD G. E., *Psychoanalytic Treatment, An Intersubjective Approach*, The Analytic Press, Hillsdale, N. Y. 1987.

THOMÄ H., KÄCHELE H., *Trattato di terapia psicoanalitica*, Bollati Boringhieri, Torino 1990, 1993, 2 voll.; tit. orig. *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, I. Grundlagen, II. Praxis*, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 1985, 1988.

---

LUIGI CAPPELLI, Roma via Brennero 78, 00141  
tel. 06.87182674