

Aspetti analitici della regressione*

GIAN GIACOMO ROVERA

*Pubblicato su *Individual Psychology dossier* - Il Saiga edizioni, Torino 1990: 61-70.

Summary – ANALYTICAL ASPECTS OF REGRESSION. The meaning of “regression” in dynamic psychology is a return to previous forms of development of thought, emotive, affective, objectual relations and behavioural modalities. Freud at first, in “The interpretation of dreams”, recognises three kinds of regression: topical, formal and temporal. The individual psychology shows an original therapeutic approach to the regressive dependence, due to two lines of development: one by Seidel, who founds an interpretation and an intervention in “psychological deficit”; the other one by Schmidt, who refers above all to the creative potentiality of regression. In the adlerian analysis, we can use two types of regression: the first one, the commonest, is the return to experimented already experiences; the second one refers to a creative ability that must be stimulated in patients, taking them to remember and relive the past. The analyst is always intimately involved in his patient's and group's movements, and he will have to therapeutically modulate even his own regression. Furthermore, it seems that the situations of regression and dependence might concern extremely close the formative process, because they educate to the ability to approach the weak aspects to tolerate frustration and aggressiveness, to limit the therapeutic omnipotence and to get close to loneliness, creatively and projectually.

Keywords: REGRESSION, PSYCHOTHERAPY, COUNTERTRANSFERENCE

I. A

La psicologia dinamica intende per "regressione" un ritorno a forme precedenti dello sviluppo del pensiero, delle relazioni emotive, affettive, oggettuali, nonché delle modalità comportamentali.

I. B

1) Nella concezione di Freud [9; 10], si ritrova l'idea di un regredire, sia dell'individuo che dell'umanità, nei campi più disparati: biologia, storia delle civiltà, sogni e naturalmente in tutti i settori e livelli psicopatologici.

2) Già in un passo aggiunto a l'Interpretazione dei sogni del 1899, Freud distingueva tre tipi di regressione:

- a) TOPICA, nel senso dello schema dell'apparato psichico;
- b) FORMALE, quando modi di espressione e di raffigurazione abituali sono sostituiti da modi più primitivi;
- c) TEMPORALE, quando si tratta di un ritorno a formazioni psichiche più arcaiche.

Per la Psicoanalisi queste tre aree di regressione coincidono nel loro fondamento e, nella maggioranza dei casi si trovano intrecciate fra loro [15].

- a) La regressione TOPICA è particolarmente manifesta nel sonno: la si incontra anche in altri processi fisiologici come in certi ricordi, nonché in processi patologici che comportino, ad esempio, le allucinazioni.
- b) La regressione FORMALE segnala un passaggio dal funzionamento secondo l'identità del pensiero (processo secondario) al funzionamento secondo l'identità di percezione (processo primario). Questo tipo di regressione è simile alla destrutturazione Jacksoniana, ampiamente utilizzata nella concezione organo-dinamica di Henry Ey [8] ed applicabile, ad esempio, nelle sindromi schizoaffettive [23].
- c) La regressione TEMPORALE designa un tornare indietro riguardante sia l'oggetto, sia la fase libidica, sia l'evoluzione dell'Io.

I. C

La nozione di regressione è classicamente accoppiata a quella di fissazione, da intendersi questa come una "trascrizione" (rappresentante ideativo): in questo caso il regredire può essere inteso come una riattivazione di ciò che è stato "fissato", cioè "trascritto", nelle varie fasi evolutive. Sicché la fissazione viene a costituire una virtuale permanente disposizione alla regressione [15].

II. A

La regressione in analisi è innanzitutto da considerare all'interno della relazione terapeutica sia duale che grupppale, quale componente del veicolo comunicativo. Generalmente esiste un'interazione fra regressione e dipendenza che può realizzare una dipendenza regressiva.

Si intende per "dipendenza regressiva" quella dimensione psicologica arcaica, caratterizzata da intensi bisogni, talora inconsci e talora mascherati, che spesso generano negli altri incomprensione, rifiuto, frustrazione, scoraggiamento e, non di rado, aggressività [7].

Queste dinamiche sono state studiate a fondo da psicoterapeuti di scuole e di indirizzi diversi nella terapia delle psiconevrosi, delle psicosi [18], ed ancora nelle nevrosi

narcisistiche e borderline, nei presuicidi, nei tossicomani, nelle anoressie mentali, ecc. [3; 4; 26; 12; 5; 16; 27; 25].

Processi di dipendenza regressiva si possono instaurare analogamente nei pazienti con gravi problemi medico chirurgici ed in particolari situazioni di crisi vitale [14]; essi non sarebbero di per se stessi caratteristici [26], ma dimostrerebbero una base comune, beninteso accanto agli specifici aspetti del precedente stile di vita individuale. Il soggetto regredito sarebbe in parte consapevole ed in parte inconsapevole dei propri bisogni di dipendenza in quanto tali; l'aspetto manifesto di tali bisogni sarebbe infatti commisto a difese profonde (sotto forma di isolamento, ostilità, competitività, disprezzo, ecc.) che ne renderebbero ancora più difficoltoso il soddisfacimento.

II. B

La regressione durante il trattamento conduce anche ad un coinvolgimento dell'analista, giacché si tende a stabilire un rapporto oggettuale simile per struttura al rapporto primario.

Il terapeuta non dovrebbe tentare di bloccare con le interpretazioni la dipendenza regressiva e dovrebbe mantenere un atteggiamento molto flessibile, favorendo le potenzialità maturative della regressione [4].

La regressione terapeutica appartiene al campo della psicoterapia duale ma anche grupppale, determinata dall'interazione tra soggetto e oggetto, cioè tra paziente/gruppo e analista/i. Tuttavia, nel rapporto terapeutico può instaurarsi un circolo vizioso dovuto al fatto che, pure quando vengono soddisfatti desideri intensi, nuovi bisogni, a loro volta, emergono per venire soddisfatti: ciò può mantenere una sorta di assuefazione alla dipendenza regressiva.

Michael ed Edna Balint [4] distinguono a questo proposito (a) una forma di REGRESSIONE BENIGNA e (b) una forma di REGRESSIONE MALIGNA.

a) La forma benigna di regressione:

- presenta un rapporto di fiducia reciproca;
- porta a nuove scoperte;
- costituisce un riconoscimento dei problemi interiori;
- modera le aspettative circa il soddisfacimento dei bisogni;
- evita il coinvolgimento nelle gravi patologie isteriche.

b) La forma maligna di regressione:

- evidenzia un precario rapporto di fiducia terapeutico con molte fratture;
- costituisce una minaccia costante di caduta in un circolo vizioso con richiesta di soddisfare bisogni e realizzazione di una dipendenza regressiva;
- ha come scopo raggiungere la gratificazione per mezzo di un'azione esterna;

- fa emergere richieste molto intense di aspettative;
- implica atteggiamenti collusivi in importanti patologie isteriche, con elementi genito-orgastici nel transfert sia normale che regredito.

Sebbene la regressione con dipendenza si presenta nella generalità delle terapie analitiche, solo in alcune forme più gravi, soprattutto quelle che non vengono gestite correttamente, può risultare distruttiva.

III. A

Un aspetto particolare della regressione e della dipendenza è quello che pone queste dinamiche psicologiche non solo all'interno della relazione terapeutica, ma intenzionalmente al servizio dell'analisi stessa.

Come si è visto precedentemente nel rapporto analitico, e specificatamente nel transfert-controtransfert, si può parlare di regressione, ma in genere in un'accezione delimitabile ai comportamenti/atteggiamenti complessivi del paziente (o del gruppo) in interazione dinamica coll'analista.

Il tema della DIPENDENZA REGRESSIVA COME STRUMENTO ANALITICO in Psicologia Individuale, è stato trattato da Ringel al Congresso Internazionale di Psicologia Individuale di Monaco di Baviera del 1976 [19] ed anche da Antoch nel 1981 [2]. Aree di ricerca sono state le nevrosi, le sindromi psicosomatiche, le tossicomanie, le anoressie, le psicosi [16]. In tutti questi disturbi si è ricercata quale radice psicopatogenetica, una posizione erroneamente fissata rispetto a ferite psicologiche "centrali" della propria autostima, molto precoci, profonde e respinte nell'inconscio.

III. B

I due studiosi che peraltro si sono più occupati della dipendenza regressiva al servizio dell'analisi sono stati Seidel [27], che trova una chiave di lettura e di intervento circa il "deficit psicologico", e Schmidt [25], che fa riferimento soprattutto alle potenzialità creative della regressione.

Con queste due linee di sviluppo, si può parlare, in Psicologia Individuale, di un originale approccio terapeutico alla dipendenza regressiva.

1) Il modello proposto da Seidel [27] considera la REGRESSIONE COME AGENTE TERAPEUTICO nel momento in cui si riesce a stabilire e si effettua un incontro incoraggiante col deficit, cioè con quei sentimenti di insufficienza [11] che l'individuo prova non solo in certe situazioni della vita, ma anche in molte sindromi psicopatologiche: queste, sebbene generino "sclerosi esistenziali", possono al contempo rappresentare plasticamente la segreta forza motrice del progetto di vita [25].

Quando si parla di regressione come agente terapeutico si deve intendere un "movimento all'indietro", sostenuto o addirittura indotto dal terapeuta, movimento rivolto alla revisione dello stile di vita, allo scopo di ripristinare un equilibrio adattivo. In questo caso, la regressione è finalizzata verso una progressione. In altre parole, il paziente torna indietro nei propri vissuti profondi insieme al terapeuta, in una sorta di "mondo del noi" (di "Paarung", di "essere con" Husserliano); la ripresentazione di esperienze angoscianti del soggetto può da questi essere ripercorsa perché nella situazione analitica "è con" il terapeuta.

La psicoanalisi classica parla di regressione dei ricordi (nella relazione topica); Schmidt [25] considera il ricordo regressivo, mentre Seidel [27] sottolinea che questo si può intendere come vissuto complessivo regressivo che comprende, oltretutto la regressione del ricordo, anche la regressione della struttura. Sicché si può giungere ad una regressione delle motivazioni, dei bisogni radicati nel carattere, addirittura dello stile individuale. Il soggetto stagna nel suo vissuto regressivo come un prigioniero; egli peraltro trova qui una pseudo-protezione da nuove ferite e offese.

La regressione guidata nella situazione terapeutica sarebbe invece una nuova esperienza emozionale maturativa, un elemento dell'analisi dello stile di vita [11].

L'incontro incoraggiante con il deficit facilita l'insight del paziente ad accettare il suo passato, facendogli rivivere antiche ferite e mancanze (sue e degli altri). Ciò dovrebbe partire dalla consapevolezza di come erano impostati, sullo sfondo dei particolari sistemi percettivo, cognitivo ed emotivo, lo sviluppo delle mete e dei mezzi individuali.

Il paziente, nel contesto terapeutico, non viene più punito o non si autopunisce più; la strategia della sopravvivenza non lo conduce più a mete di perfezione da cui in precedenza egli si sentiva inesorabilmente escluso, sicché ora può tendere a mete non fittizie. Se si riconoscono gli scopi reali, e questi vengono inseriti in una linea direttrice realizzativa, si può innescare un processo maturativo.

Ma è importante a questo punto che il terapeuta abbia consapevolezza del valore posizionale delle mete (da intendersi queste come fini, più in senso psicologico che storico): e ciò pena la vanificazione dei significati terapeutici della regressione.

Il riscontro/incontro del terapeuta/paziente deve essere un'interazione dinamica che parte dalle mete fittizie per giungere a mete reali.

2) Un secondo aspetto sinergico al primo riguarda la REGRESSIONE CREATIVA [25]. Questo è uno strumento della pratica psicoterapeutica riferito al controtransfert e, precisamente, alla contro-attitudine dell'analista focalizzata sul ricordo regressivo [25].

Già Alfred Adler [1] si serve del concetto di "forza creativa". Tale forza, nelle sindromi psicopatologiche, non sarebbe disponibile per il sentimento sociale e la realizzazione autentica in quanto rimarrebbe legata ad arcaici sistemi di dipendenza rassicuratoria.

Adler ritiene che la psicoterapia sia un tentativo di aiutare il paziente attraverso un atteggiamento incoraggiante, per rendere questa forza creativa disponibile; in ciò egli è anticipatore di talune delle posizioni sostenute da Kernberg [12], Kohut [13] ed altri [21].

Nella relazione psicoterapeutica si riattiverebbero i modelli di interazione (così Schmidt nel 1985 definisce le problematiche inerenti al transfert-controtransfert) [25].

La regressione non dovrebbe essere smascherata come finzione, ma sarebbe necessario invece accoglierla come autentica espressione di un tentativo di elaborazione, da parte del paziente, circa il sentimento della ferita precedentemente subita [19]. Ciò permetterebbe attraverso il ricordo regressivo e l'elaborazione del rivissuto regressivo, una autoaccettazione da parte del soggetto, premessa per il superamento creativo della situazione di stallo verso il riorientamento teleonomico.

In questo senso e direzione, si può impostare il tema della riparazione della ferita centrale, che è per Schmidt [25] l'area di partenza di molti disturbi psicopatologici; ciò rende necessario un lavoro analitico sulle ferite (storiche o fantasmatiche) subite specie nell'infanzia, le quali avrebbero provocato un deficit e portato il paziente sulla falsa pista di una finzione di onnipotenza rigida. Quest'ultima sarebbe causa dell'impoverimento della forza creativa del soggetto, nonché dell'esagerata tendenza alla rassicurazione e di conseguenza anche della sovralimentata ricerca di considerazione.

3) Nella pratica terapeutica tale tipo di intervento corrisponde al regredire col paziente, ricordare con lui, per giungere a quei pregressi luoghi esistenziali (corrispondenti in psicoanalisi alla regressione temporale) ove egli era stato ferito nel suo più intimo sentimento di stima ed era perciò caduto nella vergogna, nella disperazione, nella paura.

La regressione, quale agente terapeutico, deve incoraggiare il paziente ad andare al di là di questi limiti fino a rivivere la ferita centrale [25], ponendo quindi il deficit al servizio della progressione [27].

III. C

Nell'analisi adleriana si possono utilizzare due tipi di regressione (da distinguere dalle due forme di regressione citate nel paragrafo 2).

1) Il primo, il più comune e conosciuto, è il ritorno a precedenti modelli di comportamento o a esperienze già sperimentate. Esso è al servizio di un meccanismo rassicuratorio che legittima la meta finzionale finale e che bisogna smascherare.

2) Il secondo tipo di regressione si riferisce ad una capacità creativa che bisogna stimolare nei pazienti, facendoli ricordare, anche attraverso l'evocazione dell'immaginario e specie dei sogni, e rivivere il passato, anche con frammenti di esso. L'evocazione mnestica si situa in quell'area transizionale ri-creativa in cui si sono costituiti i legami affettivi ed in cui sono collocati i primi ricordi, taluni vissuti densi di significato esistenziale, e certe fantasie di realizzazione onnipotente.

Si può qui parlare di regressione creativa o progressiva [25] al servizio, come prima si è detto, di un riorientamento teleonomico, dell'acquisizione di mete reali e di progettualità.

Il lavoro analitico a favore di una regressione terapeutica che sia anche creativa si configura concretamente, soltanto con il ricorso alle esperienze deficitarie vissute durante il corso dei cicli evolutivi, dall'infanzia all'adolescenza, vale a dire nel momento in cui si sono specificate certe determinanti dello stile di vita.

La rielaborazione di tali vissuti regressivi è accompagnata e sostenuta identificatoriamente o co-creativamente dal terapeuta nel cammino dell'analisi: ciò rende possibile il recupero della "sclerosi" psicologico-individuale legata allo stile di vita.

Un altro aspetto del vissuto regressivo è quello di correlare il ritorno emozionale alla situazione di partenza (atmosfera familiare, sovraccarico psicotraumatico, esperienze significative).

Secondo Seidel [27] vi è tuttavia una sostanziale differenza tra (1) la rielaborazione terapeutica della pregressa situazione traumatica (che si rifarebbe al primo tipo di regressione analitica) e (2) la fornitura di possibilità, che il paziente riceve attraverso la regressione/progressione terapeutica, di vivere ancora una volta l'antica situazione avvilente (talora protratta nel tempo). In tal modo, anche grazie ad una apertura dei possibili esistenziali, si rende più agevole una soluzione diversa da quella di allora. Il coacervo psichico regressivo, ancora attivo sotto il profilo psicopatologico perché conflittualizzato, si trasforma in una possibile linea direttrice più realizzativa, aperta verso un progetto autentico di vita.

Il movimento maturativo favorisce quindi una regressione terapeutica non solo dei ricordi, ma delle emozioni ad essi legate ed anche delle caratteristiche peculiari, degli espedienti di salvaguardia, dei tratti di stile personale che il soggetto aveva da quel periodo ritenuto particolarmente traumatici.

Molte volte le situazioni che ingenerano tali coacervi conflittuali sono infantili ed inconsci e in tal caso, la riattivazione attraverso la regressione terapeutica è molto difficile. Anche la "regressione-per età", usata dagli ipnologi, spesso non sarebbe che una fantasia regressiva.

Talora, sebbene i nuclei di fondo che costituiscono la base della struttura psicopatologica possano essere antecedenti, emergono chiaramente delle situazioni traumatiche in tappe evolutive successive all'infanzia o anche nell'adolescenza.

Lavorando col materiale regressivo, si deve prendere distanza dalle finzioni non tanto "come se" la relazione terapeutica fosse "de facto una relazione simmetrica" [27], ma "come se" l'analista fosse un "padre-materno" che sostituisce la coppia genitoriale nelle arcaiche strutture della costellazione familiare.

Si può ritornare indietro nelle motivazioni, nei bisogni radicati nel carattere e quindi, attraverso il gioco delle frustrazioni/gratificazioni, nello stile personale. Attraverso una strategia transmotivazionale dell'incoraggiamento [21] si può giungere a proposte creative.

3) La regressione posta a servizio del deficit diverrebbe quindi progressiva e creativa [25] solo nella misura in cui anche il terapeuta riesce ad avere un'identificazione regressiva col proprio paziente.

IV. A *Riflessioni*

Il lavoro analitico con la regressione richiede da parte del terapeuta innanzitutto una valutazione diagnostica complessiva circa le possibilità di impiego, ma soprattutto una corretta modalità di attuazione.

Ringel [19] ritiene che, in Psicologia Individuale, l'essenza della psicoterapia si basi sull'impiego della regressione. Anche molti psicoanalisti sostengono che si debba utilizzare anche in sintomatologie gravi, mentre altri [4] pensano che in questi casi si rischierebbero delle regressioni maligne.

Se si utilizza la distinzione dei Balint, il rischio è che l'Identificazione Regressiva non si trasformi in Identificazione Progressiva, ma realizzi una Regressione Maligna (dipendenza regressiva coatta; regressione distruttiva; regressione erotizzata orgasmico-genitale) sino ad una Regressione Catastrofica [28], come ad esempio nelle anoressie mentali.

IV. B

Comunque sia, la regressione in psicoterapia richiede da parte dell'analista una capacità di contro-atteggiamento tale da permettergli di tollerare e sopportare egli stesso i sentimenti di paura, dolore e tristezza, rimobilitati in lui dal paziente. Si tratta di modulare le proprie capacità di regredire e di tollerare le ansie quando il paziente sia molto regredito e di arginare i fenomeni regressivi maligni, permettendo al paziente di progredire.

In altri casi, l'analista deve saper fronteggiare le eventuali situazioni di panico o evitare le condotte di fuga del paziente, smascherando le ipercompensazioni onnipotenti o stimolando l'immaginario (ad esempio quello erotico, come nelle sintomatologie parafiliche: Crepault 1986) [6].

È nel rapporto interpersonale, specie nell'interazione del transfert e del controtransfert, che in analisi si giocano le problematiche della regressione. Come noto, per la Psicologia Individuale, la relazione transferale/controtransferale è la somma di tutte le esperienze portate nella relazione [25], ove si determina la riattivazione del modello di interazione. In genere, nelle regressioni in analisi emerge un arcaico bisogno di

tenerenze [1] che richiede una capacità di amare [17; 25].

L'accettazione di questo bisogno del paziente rappresenta anche un incoraggiamento alla regressione terapeutica; peraltro i sentimenti positivi del soggetto nei confronti dell'analista non sempre sono di tipo transferale e non sempre costituiscono una resistenza. A questi bisogna tuttavia rispondere a livello di "incontro degli inconsci" [5], non tanto col ridurre le manifestazioni controtransferali od orientandosi sempre verso l'interpretazione, quanto utilizzando una contro-attitudine consapevole ed autentica, nell'ambito di una strategia dell'incoraggiamento [21; 24].

Come ancora ricorda Schmidt [25], in condizioni di regressione il paziente può venire sommerso dalle aspettative, deluse e rimosse, di disponibilità nei suoi confronti. Le capacità di amore e di comprensione del terapeuta devono disporre questi a dare quello che può al paziente, senza giungere a promettere nulla che non possa mantenere. Altrimenti si rischia una disconferma transazionale, anche attraverso la messa in atto di una rete paradossale degli interventi [20]. Ciò potrebbe essere distruttivo e potrebbe indurre ad una regressione maligna del rapporto o ad un'interruzione traumatica dello stesso.

Favorire la regressione può infatti favorire, talora, una dipendenza regressiva nell'analista. In questi casi, si rischia di instaurare un rapporto senza fine e senza scampo. Al limite, qui, deve essere proposto un trattamento con un altro analista.

La regressione terapeutica rimane peraltro il miglior strumento per riparare le "ferite centrali" che abbiano squilibrato le strutture della personalità e ne abbiano deviate le funzioni.

Fantasie, gioco delle parti (in una sorta di psicodramma analitico interpersonale), sempre in un incontro degli inconsci, sono gli strumenti ritenuti più confacenti a questo tipo di approccio.

IV. C

Un ultimo punto da considerare brevemente riguarda la regressione come strumento nella FORMAZIONE stessa dell'Analista.

Già in un'analisi personale, la regressione al servizio del deficit dell'analizzando, in funzione progressiva-creativa, permette di giungere a livello di quelle ferite centrali che ciascuno di noi ha in qualche modo vissuto e che, anche se non gravi e successivamente ben armonizzate, hanno costituito il nucleo delle compensazioni nel gioco dinamico fra frustrazione e gratificazione ottimali.

Nell'analisi di controllo e nel controllo dell'analisi, in fase di supervisione, il futuro dell'analista dovrà avere un insight sia conoscitivo che emotivo di tali situazioni profonde che saranno giocate terapeuticamente, sia relazionalmente (specie attraverso il transfert/controtransfert) che come strumento intenzionalmente mirato alla regressione/progressione creativa dell'analisi.

Come si è tratteggiato nel corso di questo contributo, l'analista è sempre intimamente

coinvolto nei movimenti regressivi del suo paziente o del gruppo e dovrà, quindi, modulare terapeuticamente anche le proprie regressioni.

Sembra che, anzi, le situazioni di regressione e di dipendenza, essendo situabili al centro di un'analisi del profondo, possano riguardare molto da vicino il processo formativo [22] in quanto educano alla capacità di avvicinare gli aspetti deboli, di tollerare le frustrazioni e l'aggressività, di limitare l'onnipotenza terapeutica e di permettere di accostarsi alla solitudine ed all'alienità, creativamente e progettualmente.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, Fischer Taschenbuch, Frankfurt/M., 1974.
2. ANTOCH, R. F. (1981), *Von der kommunikation zur cooperation*, Reinhardt, München/Basel.
3. BALINT, M. (1957), *The Doctor, his Patient and the Illness*, tr. it. *Medico, paziente e malattia*, Feltrinelli, Milano 1961.
4. BALINT, M. E. (1959), *La regressione*, Raffaello Cortina, Milano 1983.
5. BENEDETTI, G. (1980), *Alienazione e personazione*, Einaudi, Torino.
6. CREPAULT, C. (1986), La sexoanalyse: une nouvelle approche therapeutique des desordres sexuels, *Psychoth.* 4, 1: 35-43.
7. ERIKSON, E. (1963), *Childhood and Society*, tr. it. *Infanzia e società*, Armando, Roma 1967.
8. EY, H. (1954), *Etudes Psychiatriques*, Desclée de Brouwer, Paris, III.
9. FREUD, S. (1913), *Totem und Tabu*, tr. it. *Totem e tabù*, Newton Compton, Roma 1970.
10. FREUD, S. (1915), *Trauer und Melancholie*, tr. it. *Lutto e melanconia*, Opere, Boringhieri, Torino 1976.
11. HEISTERKAMP, G. (1983), Psychotherapie als beziehungs analyse, *Zeit. f. Indiv. Psychol.* 9, 5: 86-106.
12. KERNBERG, O. (1975), *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, tr. it. *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Boringhieri, Torino 1978.
13. KOHUT, H. (1977), *The Restoration of the Self*, tr. it. *La guarigione del sé*, Boringhieri, Torino 1980.
14. KÜBLER-ROSS, E. (1960), *Tod und Trauer*, tr. it. *La morte e il morire*, Ed. Cittadella, Assisi 1979.
15. LAPLANCHE, J., PONTALIS, K. B., (1967), *Vocabulaire de la Psychanalyse*, tr. it. *Enciclopedia della psicoanalisi*, Laterza, Bari 1968.
16. LEHMKUHL, G., LEHMKUHL, U. (1985), Psychotherapie der Psychosen, *Beitr. z. Indiv. Psychol.*, 6: 46-61.
17. NACHT, S. (1963), *La présence du psychanalyste*, tr. it. *La presenza dello psico-*

analista, Astrolabio, Roma 1973.

18. PAO, P. N. (1979), *Disturbi schizofrenici*, Raffaello Cortina, Milano 1984.

19. RINGEL, E. (1976), Zur Identitätsfindung der Individual Psychologie, *Beitr. z. Indiv. Psychol.*, 145-157, Reinhardt, München/Basel, 1978.

20. ROVERA, G. G. (1982a), Paradox and double blind, *Beitr. z. Indiv. Psychol.* 3: 66-70, 1984.

21. ROVERA, G. G. (1982b), Transmotivazione: proposte per una strategia dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.

22. ROVERA, G. G. (1988), Riflessioni sulla formatività in Psicologia Individuale, *Indiv. Psychol. Dossier*, 1: 94-121, SAIGA, Torino.

23. ROVERA, G. G., FASSINO, S., GATTI, A., MUNNO, D., NAVAZZOTTI, R., SCARSO, G., TORRE, E., (1984), In tema di sindromi schizoaffettive, *Riv. Sper. Fren.* CVII Suppl. V, 1-139.

24. ROVERA, G. G., GATTI, A. (1982), Considerazioni psicopatologiche ed applicazioni cliniche in tema di strategie dell'incoraggiamento, *Rass. Ig. Ment.*, 4: 105-132.

25. SCHMIDT, R. (1985), Neuere Entwiscklungen der Individualpsychologie im deutsch sprachigen, *Raum. Zeit. Indiv. Psychol.*, 10: 226-236.

26. SEARLES, H. (1965), *Collected papers on schizophrenia and related subjects*, tr. it. *Scritti sulla schizofrenia*, Boringhieri, Torino 1988.

27. SEIDEL, V. (1985), Regression als therapeutisches Agens in der individualpsychologische Therapie, *Beitr. z. Indiv. Psychol.*, 6: 90-99.

28. WOODCOCK, A., DAVIS, M. (1978), *Catastrophe Theory*, tr. it. *La teoria delle catastrofi*, Garzanti, Milano 1982.

Gian Giacomo Rovera
 Corso Einaudi, 28
 I-10124 Torino
 E-mail: ggrovera@hotmail.com