

I diversi volti della volontà di potenza

ALBERTO SPATOLA

Summary – THE DIFFERENT ASPECTS OF THE STRIVING FOR POWER. In this study I refer to “Sofia’s and Marco’s stories”: the first one is a borderline case between neurosis and psychosis, the second one is a case of schizophrenia. The treatment didn’t only lead to an improvement of patient’s conditions, but also to a deeper analysis of the “striving for power” as it exists in Adler’s theory and his Individual Psychology. The “striving for superiority” could have different levels of expressions: the first and the oldest one is more evident with serious problems of psyche as it occurs in psychosis; in the second level, the patient’s perception of reality is not compromised: the patient shows a better integration into adult life. In the physiological level in which striving for superiority expresses itself, the individual displays a complete maturity.

Keywords: STRIVING FOR POWER, INFERIORITY FEELING

I. Sulla volontà di potenza

Ci proponiamo, in questa sede, di avanzare alcune ipotesi interpretative servendoci di due casi clinici trattati secondo i principi e la prassi della Psicologia Individuale; in particolare concentreremo la nostra attenzione sul concetto di *volontà di potenza*, che costituisce uno dei cardini teorici più significativi della dottrina adleriana.

La *volontà di potenza* «è l’energia che indirizza l’uomo, a livello conscio e inconscio, verso finalità di elevazione, di affermazione personale, di competizione o almeno di autoprotezione e di sopravvivenza» (27, p. 11). Essa ha, quindi, un carattere polimorfo: vi sono molteplici manifestazioni di lotta dinamica verso il *plus*, l’alto, la perfezione, la maggior parte delle quali può essere considerata come lotta per un potere personale. Gli Ansbacher [4] hanno evidenziato molto chiaramente l’itinerario evolutivo del pensiero adleriano relativamente alla *striving for power*: la volontà di potenza è presente in ogni individuo, il cui comportamento è determinato da una mèta, che rappresenta nient’altro che una mèta di superiorità, di potere, di vittoria sugli altri. Dopo il 1927* Adler sancisce definitivamente in *Conoscenza dell’uomo* la presenza di una seconda istan-

* Già nel 1926 Alfred Adler afferma che «Il merito e l’importanza della Psicologia Individuale consistono nell’aver mostrato che il sentimento sociale costituisce lo stato d’animo fondamentale congenito che si trova in tutte le manifestazioni psichiche» (ADLER, A. (1926), *Die Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale, sua importanza per il trattamento delle nevrosi, dell’educazione e della concezione generale del mondo*, Riv. Psicol. Indiv., 1996, 40: 4-23). [N.d.R.]

za dialetticamente controbilanciante la volontà di potenza: il sentimento sociale. Esso nella sua formulazione più matura viene considerato soprattutto come un'attitudine innata che consente all'individuo di tener conto del reale e della situazione sociale in cui egli opera e vive. Si presuppone [4], così, in ogni uomo la naturale spinta dinamica a condividere in maniera cooperativa con i propri simili emozioni e sentimenti per un armonico adattamento all'ambiente.

Stretta è la relazione tra *sentimento di inferiorità e volontà di potenza*. L'intollerabile vissuto fisiologico d'inferiorità, presente sin dall'infanzia e generato dal confronto tra il mondo degli adulti, percepiti come onnipotenti, e quello del bambino, stimola dinamiche *compensatorie* canalizzabili secondo direzioni cooperative, dal sentimento sociale, o narcisistiche, dalla volontà di potenza. Al di là del difficile e controverso uso del termine "normale" e di ciò che, come recentemente è stato puntualizzato da Gadamer [17], si debba intendere con il termine "salute", riteniamo che "normalmente", e cioè escudendo situazioni di gravi sofferenze psicologiche, la *volontà di potenza*, se in equilibrio con il *sentimento sociale*, possa promuovere uno sviluppo armonico della personalità dell'individuo, stimolando in lui l'insorgere di vissuti di solidarietà all'interno dell'ambiente in cui vive.

Grazie al sentimento sociale, il soggetto è capace di stabilire legami e relazioni positive con tutti coloro, nei cui confronti nutra interesse empatico. La volontà di potenza, invece, tende a *distanziarlo* dal gruppo attraverso vissuti antitetici e di confronto aggressivo, la qual cosa non costituisce necessariamente un *sintomo* patologico come avviene nel caso di una difesa dei propri diritti ai fini della sopravvivenza personale. Non ogni forma di aspirazione al potere, reale o immaginario, è fonte di problematiche psicologiche o causa di conflitti nevrotici: ogni bambino aspira fisiologicamente al potere posseduto dagli adulti.

Lo stesso complesso edipico, nella sua reinterpretazione adleriana [27], rappresenta emblematicamente la "normale" aspirazione di ogni bambino a conquistare i privilegi del padre: il regno, il potere, la donna. Un complesso edipico non superato nel corso del fisiologico sviluppo della personalità dell'individuo può accendere, per il confronto problematico di potere e ruolo tra genitore e figlio, focolai di sofferenza psicologica.

Inoltre, benché lo sviluppo delle attitudini empatiche e sociali sia fondamentale per la normale articolazione dell'individuo nei tre campi vitali, l'amicizia, l'amore e il lavoro, non è sempre possibile vivere sentimenti e slanci di solidarietà. Spesso, quando è minacciata l'integrità personale o semplicemente la libertà del proprio pensiero, diventa necessario assumere comportamenti di rottura e di confronto: grandi dissidenti quali Mandela o Ghandi hanno unito agli

slanci ideali ed affettivi del sentimento sociale il necessario *movimento* dinamico verso il *plus*, tipico della volontà di potenza, orientato al raggiungimento dell'indipendenza di un popolo.

La stessa biografia di Alfred Adler e la storia del suo coraggioso confronto con Freud, il padre della psicoanalisi, in difesa delle proprie idee rappresentano una manifestazione della volontà di potenza. Per Alfred Adler l'inferiorità organica è storicamente il *primum movens*: successivamente il concetto di inferiorità sarà arricchito di uno spessore globale, che investe tutto l'individuo nella sua unità. Per il fondatore della Psicologia Individuale i vissuti anomali dell'inferiorità possono strutturarsi non tanto e non solo su una percezione soggettiva di inferiorità organica, ma anche in relazione a tutte le sensazioni caratterizzate da un confronto frustrante per l'individuo rispetto al proprio ambiente: non è necessaria una reale situazione d'inferiorità organica, ma un disagio soggettivamente sofferto, anche sotto forma di fantasia inconscia.

Si possono distinguere tre grandi aree tematiche, implicite nella teoria adleriana, che emergono con evidenza in ogni analisi clinica e psicoterapeutica:

- a) l'area dei vissuti relativi ai tre grandi compiti vitali dell'uomo, l'amicizia, l'amore e il lavoro, all'interno della quale si esprime il rapporto, sempre soggettivo e irripetibile, tra volontà di potenza e sentimento sociale [9];
- b) l'area dei vissuti "fisiologici" della volontà di potenza, conseguenti al "normale" sentimento d'inferiorità [4];
- c) l'area dei vissuti "patologici" della volontà di potenza, conseguente al "patologico" sentimento d'inferiorità [4].

Nell'analisi dei due casi clinici che seguono, si vuole approfondire l'aspetto patologico dell'aspirazione al potere che, secondo gradi differenti, può influire sullo *stile di vita* dell'individuo, sino a determinare, nei casi più gravi, importanti disturbi mentali.

II. Caso clinico di Marco

Il primo dei casi clinici che intendiamo presentare è quello di Marco, affetto da schizofrenia paranoide dall'età di diciassette anni. Marco, che ha ventitré anni, vive in una famiglia formata dai genitori e da tre fratelli, di cui uno più piccolo. Le condizioni socioeconomiche sono modeste: il padre e i due fratelli più grandi lavorano "a giornata" come manovali in un contesto in cui, molto spesso, l'impresa privata edile non è attiva, costringendo a lunghi periodi disoccupazione e di lavoro nero, il che acuisce in modo drammatico "l'improduttività" del paziente. Da sempre nei dialoghi con i genitori, e soprattutto con la madre, si ricava la sensazione che la malattia del figlio sia percepita come disgrazia, come "peso", come

“buco nero” familiare di cui vergognarsi: Marco è capace di pretendere solo denaro, in realtà piccole somme, ma grandi per il magro bilancio di famiglia.

È facile comprendere l’ambivalenza dei vissuti genitoriali verso il figlio, a cui vengono trasmessi messaggi dal doppio legame, aperti e dichiarati: la madre ebbe a dire: «Solo il Signore e la morte mi potrebbero liberare!». La schizofrenia di Marco si manifesta attraverso l’acquisizione di una nuova identità: quella di un cantante famoso. A ciò si accompagna tutto un corteo di vissuti persecutori ed aggressivi.

Marco, perdendo la propria identità, si distacca dal reale: il senso fallimentare della propria esistenza e l’invidia per il successo e la fama del cantante famoso favoriscono in lui un processo d’identificazione fantastica con la celebrità canora, sotto la spinta di una volontà di potenza che, allontanatasi patologicamente dal “senso comune”, ha radici profonde nella sensazione di fallimento che Marco prova rispetto agli altri membri della famiglia.

L’analisi dei primi ricordi [5] mette in luce i continui confronti frustranti del ragazzo sia con il fratello maggiore, sia con gli altri fratelli. Un ricordo infantile molto significativo allegorizza il suo vissuto di esclusione discriminante: «Tutta la famiglia usciva di casa, mentre io restavo a casa affidato alla nonna». Sebbene sia facile ipotizzare anche un reale atteggiamento di rifiuto da parte della madre, probabilmente delusa nel suo desiderio di generare una figlia femmina, in sede analitico-interpretativa non ha alcuna importanza appurare la natura oggettiva del ricordo, che col tempo può essere stato sottoposto a modificazioni, aggiustamenti, contaminazioni con altri ricordi: ci interessa soprattutto ricavare gli *schemi appercettivi* attraverso cui sia stato costruito lo *stile di vita* di Marco, che in questo caso evidenzia un chiaro confronto frustrante.

Vi sono delle analogie tra il delirio di Marco e l’identificazione, che spesso in età infantile si osserva nel bambino che entra nei panni di personaggi mitici: attraverso il gioco avviene un continuo “passaggio” dal proprio Sé ai diversi personaggi eroici dell’immaginario infantile con un consueto ritorno alla propria identità. Le favole [6, 7], allo stesso modo, proponendo figure ideali, consentono al bambino attraverso processi identificativi l’assunzione, lenta e progressiva, di modelli utili per la personalità in formazione. Nello psicotico il salto identificativo tra il Sé e l’eroe mitico raggiunge un “punto di non ritorno”, in quanto si costituisce stabilmente una nuova identità fuori dalla “logica comune”: l’identificazione patologica è il segno certo del *crollò* della propria personalità, vissuta come fallimentare.

La volontà di potenza patologica è all’origine sia delle identificazioni patologiche, sia delle proiezioni persecutorie: tutto il contesto familiare ed ambientale

di Marco diventa fortemente persecutorio ed opprimente, sino a fargli dire: «A Messina c'è l'inferno, non posso viverci più!». Erano all'ordine del giorno, quindi, le fughe da casa e dal luogo di residenza. Marco proiettava i desideri patologici di potenza nel contesto ambientale in cui viveva, attribuendogli caratteristiche persecutorie di "potenza infernale": fuggendo dalla propria città, cercava, ovviamente senza riuscirvi, di fuggire da se stesso, rivivendo nei nuovi posti raggiunti altre situazioni di disagio proiettivo e persecutorio.

Indicare nelle dinamiche profonde della *volontà di potenza patologica* alcune determinanti del "crollo" che si verifica nella personalità dello psicotico non vuol dire aver risolto la complessità del disturbo schizofrenico: il modello stress-diatesi ripreso da Kaplan [18], implicante un'origine plurifattoriale della malattia, in cui sicuramente interagiscono biologia e ambiente, non esclude che sul piano psicodinamico si attivino meccanismi patologici di compenso come quelli osservati nel caso di Marco. Gli aspetti genetici, biologici, ambientali, psicodinamici non sono sovrapponibili, ma reciprocamente intrecciati.

L'interpretazione di alcuni dinamismi della volontà di potenza risulta fondamentale ai fini terapeutici: nel trattamento di Marco la terapia psicofarmacologica, a cui è difficile rinunciare in casi del genere, è stata affiancata da un'intensa psicoterapia analitica individual-psicologica, i cui momenti decisivi sono stati il chiarimento dei meccanismi identificativi e proiettivi della volontà di potenza ed il miglioramento dei rapporti intra-extra familiari, in seguito a un incremento del "bisogno di appartenenza": l'inserimento di Marco presso una Comunità Terapeutica per psicotici ha favorito, lontano dal problematico ambiente familiare, lo sviluppo di vissuti socializzanti in maggior armonia con la volontà di potenza.

Se nel caso di Marco la volontà di potenza patologica attraverso meccanismi difensivi quali l'identificazione e la proiezione finisce per distaccare completamente il paziente dalla sua realtà, alienandolo in una dimensione irreali, in altre situazioni cliniche può costituirsi uno stato "borderline", di confine, in cui il soggetto oscilla tra un labile esame di realtà e lo slittamento verso franche aree di fantasia onnipotente e patologica. Infine, nelle strutture di personalità di tipo nevrotico si conserva, invece, un certo equilibrio col reale.

III. *Caso clinico di Sofia*

La paziente, all'inizio dell'analisi, è affetta da una sintomatologia depressiva, caratterizzata dall'idea ossessiva dell'imminente morte del padre per un male gravissimo, un cancro alla gola, sebbene nella realtà non gli sia mai stata diagnosticata alcuna malattia. Di carattere particolarmente introverso, la paziente è

l'ultima di quattro figli: ha trentatré anni ed è nata a più di dieci anni di distanza dalla terza sorella. Dopo il diploma di scuola superiore, ha trovato un impiego nella Pubblica Amministrazione e, sposatasi, ha avuto un figlio.

La sfera dei suoi disturbi è abbastanza ampia: all'idea, prossima al delirio, della morte del padre si accompagna una notevole difficoltà a stabilire armonici rapporti interpersonali, il tutto associato a un corteo di sintomi da somatizzazione quali tremori, vertigini, senso di spossatezza, cefalee etc. Sofia, sessualmente frigida, presenta, inoltre, forti tendenze omosessuali, non agite, ma vissute sul piano fantasmatico. Particolarmente decisiva ai fini analitici è l'analisi di un sogno, in cui figura il padre sofferente, disteso su un letto, mentre il marito, in piedi accanto a lei, le sussurra il nome di una terribile malattia, già diagnosticata all'infermo. A un tratto un rettile, simile a una grossa salamandra, passa velocemente da parte a parte sulla coperta del letto del padre, per poi scomparire.

La simbologia onirica adleriana [12, 15, 16, 24, 26] rifiuta ogni tipo di classificazione prefigurata e universalmente estendibile, facendo del simbolo qualcosa di soggettivamente personale, unico e irripetibile, inquadrabile all'interno del *finalismo causale* tipico dello stile di vita del sognatore; in seguito alle libere associazioni prodotte da Sofia, la salamandra rappresenta simbolicamente la proiezione metaforica della sua aggressività e della volontà di potenza patologica che l'anima: tale aggressività rivolta contro il padre si cristallizza nell'immagine onirica di "una grossa salamandra", un male che "passa da parte a parte" velocemente, un male che distrugge radicalmente, che trafigge per poi scomparire.

La temuta malattia del cancro alla gola in realtà nasconde un forte desiderio di morte nei confronti del padre. L'elaborazione analitica dei vissuti inconsci, degli artifici difensivi compensatori, costruiti sotto forma di *finzioni rafforzate*, e della conseguente disforia depressiva da senso di colpa allevia progressivamente la virulenza dell'ossessione: alla radice delle difficoltà relazionali di Sofia vi è un difficile rapporto con l'immagine paterna che, vissuta come invasivamente disturbante, imprigiona la possibilità di sviluppare armonici legami eterosessuali. Sul piano fantasmatico si animano in forma allegoricamente irricognoscibile i rimossi desideri di rivalsa e di distruzione dell'onnipotenza paterna attraverso un analogo desiderio onnipotente.

Nel caso di Marco la volontà di potenza patologica riesce a disgregare completamente il suo esame di realtà, sino a sostituirsi pienamente a essa attraverso i meccanismi dell'identificazione e della proiezione, che sfociano nella costruzione di una nuova identità fittizia. Sofia, invece, contrasta i desideri inaccettabili della volontà di potenza patologica attraverso il meccanismo difensivo della rimozione, al prezzo, tuttavia, di una seria sintomatologia depressiva e nevrotica che rende spesso difficile, ma non impossibile, il rapporto con la realtà. La stessa omo-

sessualità latente di Sofia, come abbiamo ribadito, è originata dal difficilissimo conflitto di potere con l'immagine paterna, che le impedisce una sana vita sentimentale con l'altro sesso. L'analisi dei primi ricordi mette in luce una serie di episodi infantili: Sofia sottolinea selettivamente un vago atteggiamento seduttivo da parte di figure femminili; ella è attratta sessualmente solo da figure maschili *finzionalmente* immaginate "come se" fossero ipodotate. L'interpretazione evidenzia come la *finzione rafforzata* relativa agli organi sessuali maschili "ridotti" esprima la sua *protesta virile*, nel tentativo difensivo "autocostruito" di superamento del proprio disagio attraverso la ricerca di un rapporto "alla pari" con l'altro sesso. La simbologia sessuale vissuta nell'immaginario di Sofia è, dunque, animata da forti proiezioni di potere ostile ed aggressivo attribuito inconsciamente agli uomini: tali proiezioni sono patologiche, perché fonte di sofferenza nel rapporto sessuale.

Il rancore nutrito da Sofia per i propri genitori, e particolarmente per il padre, investe, inoltre, proiettivamente il *transfert*, concretizzandosi nel *silenzio*. Quasi tutte le sedute iniziali sfociano in un lungo e ostinato mutismo, espressione ovvia di una resistenza le cui dinamiche specifiche non mi apparivano, all'inizio, molto chiare: il forte conflitto con l'immagine paterna utilizza il *silenzio* come "significante" di una forte protesta nei confronti dell'analisi e dell'analista immaginato come sostituto genitoriale.

Nel corso dei colloqui analitici l'interpretazione del silenzio *transferale* come inconscia manifestazione di protesta e di risentimento nei riguardi del padre è accompagnata da positivi *insight*, che alleviano la resistenza della paziente, il tutto scandito da un costante processo di incoraggiamento *specifico, opportuno e liberatorio*. La *specificità* dell'incoraggiamento [12, 13, 14, 22, 29] deve riguardare infatti, proprio la difficoltà contestuale in cui il paziente si dibatte, evitando interventi generici o astratti del tipo: «Coraggio che ce la fa!». Il terapeuta può incoraggiare solo se ha capito: incoraggiare significa *capire e farsi capire* [13, 14]. Allo stesso modo, l'incoraggiamento è terapeuticamente efficace quando è scandito nei tempi *opportuni*, riconoscibili soltanto da un analista esperto. Nel caso di Sofia è necessario che si stabilisca un'intesa transferale basata sulla costruzione di uno spazio di condivisione comune ad entrambi, paziente e terapeuta, prima che si possa affrontare l'arduo nucleo problematico del conflitto con la figura paterna. Infine, l'aspetto *liberatorio* dell'incoraggiamento deve poggiare le sue basi su elementi interpretativi *illuminanti*, a tal punto da favorire l'*insight*: l'incoraggiamento *non specifico, non opportuno, non liberatorio* è simile agli oracoli scritti su foglie ammucchiate indistintamente, il cui carattere sibillino da decifrare può, perciò, suonare come beffardo alle orecchie del paziente che, di conseguenza, tende a innescare potenti processi difensivi di resistenza all'analisi.

IV. Conclusioni

I casi clinici di Sofia e di Marco mostrano come la *volontà di potenza*, indissolubilmente intrecciata con il *sentimento sociale*, offra una molteplicità di manifestazioni che oscillano, secondo gradazioni diverse, dalla “normalità” alla “patologia”. I vissuti patologici della volontà di potenza, rimossi dalla coscienza, danno vita a situazioni intimamente conflittuali di sofferenza di tipo nevrotico, borderline o psicotico. I casi molto gravi di regressione e disgregazione della personalità, come si verifica nella psicosi schizofrenica di Marco, indicano la presenza di un’area drasticamente “patologica” della volontà di potenza, che, proiettata sul lato *non costruttivo della vita*, si situa sul versante di un’onnipotente *logica privata* in netta disarmonia con i vissuti empatici del *sentimento sociale*. Nello psicotico, infatti, i vissuti regressivi di onnipotenza sia di natura proiettiva che identificatoria indicano l’estremo fallimento dell’“intesa sociale” del soggetto ed il suo rifugiarsi in un mondo privato *autocostruito*, assolutamente inaccessibile al linguaggio del *sensu comune*.

Bibliografia

1. ADLER, A., (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Newton Compton, Roma 1976.
2. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *Conoscenza dell'uomo*, Mondadori, Milano 1954.
3. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, De Agostini, Novara 1990.
4. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, Basic Books, New York.
5. CANZIANI, G., MASI, F. (1979), Significato dei primi ricordi infantili: loro importanza nella diagnosi e nella psicoterapia con particolare riguardo all’età evolutiva, *Riv. Psicol. Indiv.*, 10-11: 15-34.
6. COPPI, P. (1992), “L’abbandono come vissuto di inferiorità nel mito e nella fiaba: considerazioni su un artificio compensatorio fobico-ossessivo”, *V Congr. Naz. SIPI, «L’individuo e la costellazione familiare»*, Stresa.
7. COPPI, P. (1993), Il maschile e il femminile nella fiaba, *Riv. Psicol. Indiv.*, 34: 89-102.
8. COPPI, P. (1995), L’interpretazione: il paradosso della relazione analitica, fra volontà di potenza e sentimento sociale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 37: 59-82.
9. DREIKURS, R. (1950), *Fundamentals of Adlerian Psychology*, tr. it. *Lineamenti della Psicologia di Adler*, La Nuova Italia, Firenze 1968.
10. FASSINO, S. (1990), Le due istanze fondamentali del processo analitico, *Indiv. Psychol.*, 6: 46-61.
11. FASSINO, S. (1996), Deficit, disturbo, creatività: a proposito della psicoterapia della depressione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 40: 63-74.
12. FERRERO, A. (1995), *Insula dulcamara*, CSE, Torino.

13. FERRIGNO, G. (1987), Ipotesi di tecniche comunicative verbali e non verbali per una comunicazione analitica incoraggiante, *Riv. Psicol. Indiv.*, 28-29: 99-111.
14. FERRIGNO, G. (1994), Interdisciplinarietà, linguaggi alternativi e comunicazione come incoraggiamento nella Scuola Media dell'obbligo, *Riv. Psicol. Indiv.*, 36: 17-36.
15. FERRIGNO, G. (1996), Riflessioni interdisciplinari sul sogno, *Riv. Psicol. Indiv.*, 39: 15-41.
16. FERRIGNO, G., PAGANI, P. L. (1995), "L'immaginario fra presente, passato e futuro e la costanza dello stile di vita", *VI Congr. Naz. SIPI, «Il tempo e la memoria»*, Massa.
17. GADAMER, H. G. (1993), *Über die Verborgenheit der Gesundheit*, tr. it. *Dove si nasconde la salute*, Cortina, Milano 1994.
18. KAPLAN, H. I., SADOCK, B. J. (1972), *Synopsis of Psychiatry*, tr. it. *Manuale di Psichiatria*, Edises, Napoli 1993.
19. MARASCO, E. E., PARISOTTO, L., SAMTLEBEN, V. (1994), La Psicologia Individuale in Italia dal 1913 al 1945: ricerca bibliografica preliminare, *Riv. Psicol. Indiv.*, 36: 63-82.
20. MARASCO, E. (1995), Da Adler a Adler prima della Psicologia Individuale. Il maestro in qualità di medico e il medico come educatore, *Riv. Psicol. Indiv.*, 38: 53-71.
21. MARASCO, E. (1996), Danilo Cargnello pioniere della Psicologia Individuale in Italia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 40: 35-61.
22. MAZZONE, M., SAGLIO, G. (1995), Disturbi schizofrenici e gruppo curante: il sentimento sociale alla base del processo terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 37: 49-57.
23. MUNNO, D., SCARSO, G. (1994), La fine dell'analisi, *Riv. Psicol. Indiv.*, 36: 43-52.
24. PAGANI, P. L. (1993), Subdole resistenze. Interpretazione esemplificativa di un sogno, *Riv. Psicol. Indiv.*, 33: 11-16.
25. PAGANI, P. L. (1996), La distruttività xenofoba: delirio di onnipotenza o legge spiettata dell'evoluzione?, *Riv. Psicol. Indiv.*, 40: 25-34.
26. PAGANI, P. L. (1996), *Il caso della signora B. Dialoghi adleriani*, Quad. Riv. Psicol. Indiv., Milano.
27. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
28. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1987), *Lo stile di vita*, De Agostini, Novara.
29. ROVERA, G. G. (1982), Transmotivazione: proposte per una strategia dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
30. ROVERA, G. G. (a cura di, 1996), *Il paziente borderline*, CSE, Torino.

Alberto Spatola
Via Benedetto Marcello, 9
I-90145 Palermo