

## La fine dell'analisi

DONATO MUNNO, GIUSEPPE SCARSO

*Summary* – THE END OF ANALYSIS. In these papers some considerations are advanced about the end of analysis, which is distinguished in:

- drop-out;
- consensual end of the therapeutic relationship.

Both aspects are considered from four points of view: clinical, psychopathological, relational and social factors.

### I. Introduzione

La fine dell'analisi dovrebbe essere intesa non tanto come un punto, quanto come una linea, una fase del percorso terapeutico [17] durante la quale si attua un'ulteriore *working through* e un approfondimento di *insight*, per cui può assumere durata e caratteristiche diverse da caso a caso. Tale periodo andrebbe inteso non tanto come cessazione di qualcosa, ma come transizione dall'approfondimento delle proprie tematiche inconscie con l'ausilio di un "tecnico" all'acquisizione di uno stile di vita basato su una maggior capacità di riflessione e comprensione autonome dei propri vissuti interiori e dei vari aspetti insiti nella relazione interpersonale. Attualmente si preferisce parlare di psicoterapia, nel cui ambito si definiscono quelle del "profondo". Il "gradiente di profondità" è stabilito in base all'importanza che l'interpretazione assume come strumento terapeutico, anche se non può essere considerato l'unico fattore terapeutico, agente anche nei trattamenti più strettamente analitici. Come ormai appare generalmente riconosciuto, il livello di profondità raggiungibile è condizionato da diversi fattori:

1. quelli inerenti al paziente: l'età, la diagnosi clinica e di personalità, le doti intellettive, la capacità di *insight*, di verbalizzazione, di elaborazione, di empatia all'interno dell'alleanza terapeutica, oltre che caratteristiche socioculturali, possibilità economiche, disponibilità di tempo, etc.;
2. quelli concernenti la relazione terapeutica: il *setting*, la frequenza delle sedute, il contratto terapeutico, etc.;
3. quelli relativi allo psicoterapeuta e, fondamentalmente, alla sua formazione ed esperienza.

Ci sembra doverosa questa precisazione in quanto gli studi mirati a evidenziare fattori prognostici di riuscita del trattamento si riferiscono genericamente alla psicoterapia in senso lato [32]. Non intendiamo sviluppare espressamente questo tema che richiederebbe una trattazione a se stante, ma ci pare utile ricordarlo in quanto, nel discorso sulla fine dell'analisi, bisogna distinguere fra l'interruzione unilaterale del trattamento e la cessazione concordata. Il primo caso configura il fenomeno del *drop-out*, il secondo la fine vera e propria dell'analisi.

## II. Il *drop-out*

Ogni terapia ha i suoi *drop-out*, che vengono comunemente considerati come degli insuccessi o come delle spie dei limiti di quel determinato trattamento. La riflessione su questo aspetto appare, comunque, foriera di importanti notizie sia sulla tecnica analitica sia sulla teoria che la informa. Ad esempio, è ormai riconosciuto come il giudizio di inanalizzabilità dei pazienti psicotici derivi dal loro abbandono della terapia, in quanto non sono in grado di sopportare sia una situazione altamente regressiva come quella di stare sdraiati sul lettino senza vedere l'interlocutore sia la frustrazione suscitata dal suo prolungato silenzio. Una modificazione del *setting* ha permesso di vedere come anche questi soggetti fossero analizzabili [4], anche se ciò comportava, di conseguenza, adattamenti della tecnica e aggiornamenti della teoria. Il fenomeno del *drop-out* viene definito come l'interruzione unilaterale della terapia, ovviamente, da parte del paziente. L'analista non dovrebbe mai interrompere il trattamento una volta che sia stato iniziato, a meno che non sia impossibilitato da cause di forza maggiore (malattia, traumi, trasferimenti, etc.). Potrebbe verificarsi il caso che, nello svolgersi del processo terapeutico, emergano problematiche (come, per esempio, il manifestarsi, anche dopo un lungo periodo, di sintomi di tipo psicotico, non rilevati o non presenti all'inizio), che possono indurre a una modificazione della terapia, ma non certo a una sua interruzione imposta dall'analista: si potrà rendere necessario assumere un atteggiamento di sostegno, tralasciando l'interpretazione, ricorrere a farmaci o ad altro terapeuta che li prescriva, consigliare e ricercare un ricovero ospedaliero.

Per Wolberg [34] possono crearsi situazioni in cui l'analista non sia più in grado di utilizzare terapeutamente il proprio *controtransfert*. Anche l'interruzione da parte del paziente può, evidentemente, essere dovuta a cause di forza maggiore, indipendenti dalla sua volontà. A questo riguardo la morte per malattia o accidentale sarà diversa dal suicidio. L'interruzione volontaria potrà essere definitiva o configurare una pausa più o meno lunga e potrà verificarsi in qualsiasi fase del trattamento. Ci sembra che essa assuma fondamentalmente tre caratteristiche:

1. il paziente "scompare", non si presenta più all'ultimo appuntamento e non dà

più notizie di sé. A meno che non si attui un ritorno a distanza, l'analista può congetturare solo sulla base di ciò che è avvenuto fino all'ultima seduta effettuata;

2. il paziente comunica la sua intenzione di cessare l'analisi, limitandosi alla comunicazione della notizia oppure esplicitandone i motivi, dimostrandosi o no disponibile ad aprire una discussione per giungere a una maggior comprensione della decisione. Questa può essere mantenuta oppure aprire una nuova fase, permettendo l'approfondimento delle dinamiche relazionali insite nel rapporto analitico;

3. il paziente comunica indirettamente in vario modo, talora tramite *acting-out* e/o *acting-in* anche a carattere auto o eterolesivo. Pure in questo caso la terapia si interromperà (come nel caso di suicidio cui si accennava sopra) o potrà riprendere in modo più proficuo: l'*acting-out* o l'*acting-in* possono manifestarsi, per esempio, come reazione a una fase di stallo o come protesta, in quanto il paziente non si è sentito compreso dal terapeuta.

Le motivazioni addotte possono essere "reali", cioè corrispondere ai vari motivi per cui l'interruzione è stata decisa. Possono riguardare situazioni quali una sopravvenuta difficoltà a mantenere l'impegno economico, *life-events* che modificano la vita del soggetto o la sua visione di questa, miglioramenti o peggioramenti sintomatologici che incoraggiano, i primi, ad andare avanti con le proprie forze, o scoraggiano, i secondi, ad avventurarsi in un cammino avvertito come sempre più difficile e penoso. Inoltre tali e altre motivazioni ancora possono nascondere motivi più profondi. Un miglioramento sintomatologico può rappresentare, anche se non necessariamente, una *fuga nella guarigione* [23]. In questo caso si parla tradizionalmente della comparsa di resistenze (che non assumono evidentemente solo la forma di una minaccia di interruzione), attivate dalle difese che si oppongono a un'ulteriore elaborazione di materiale inconscio e a cambiamenti nello stile di vita del soggetto. La resistenza può essere interpretata come derivante da dinamiche intrapsichiche e l'interpretazione si prefigge proprio lo scopo di comprenderla e di superarla. Tuttavia, più recentemente si è giunti a considerare la resistenza come possibile risposta a dinamiche relazionali insite nell'analisi [5], non solo nei suoi aspetti transferali e controtransferali, ma anche negli elementi contingenti. Come si accennava in precedenza, un paziente può non essersi sentito compreso, senza aver mai osato confessarlo, perché ha paura che l'analista gli risponda che sta resistendo o perché ciò è effettivamente avvenuto. Dovrebbe essere chiaro che solo una disponibilità dell'analista a parlare a tutto campo e, quindi, a riconoscere come propri eventuali errori o difetti di comprensione, rinunciando a fornire interpretazioni che concernono solo i vissuti del paziente e rappresentano un difensivo rifugio nella tecnica, può evitare il *drop-out* e agevolare il superamento della difficoltà con l'acquisizione di nuovi livelli di *insight*.

Attingendo dalla nostra pratica analitica vorremmo cercare di esemplificare tre situazioni a rischio di *drop-out*:

1. la prima si riferisce a quelle persone il cui disagio psichico nasce o si alimenta da situazioni familiari particolarmente problematiche: giovani che vivono ancora nella famiglia di origine o soggetti che si sono formati una famiglia propria. In entrambi i casi la “maturazione”, che avviene durante l’analisi, conduce a una diversa visione delle proprie dinamiche relazionali e, talora, anche a cambiamenti comportamentali. Spesso si è verificata l’interruzione dell’analisi che, a volte, ha potuto proseguire con interventi articolati, farmacologici e “a rete” [27], coinvolgenti il sistema familiare. Nella nostra casistica abbiamo riscontrato le seguenti caratteristiche:

- a) una paura di dover affrontare un cambiamento che comporta un confronto-scontro con persone affettivamente importanti;
- b) una reazione da parte dei familiari mirante a ristabilire l’omeostasi facendo “crisare” il paziente;
- c) un tentativo di interferire con l’analisi.

2. situazioni di transfert fortemente erotizzato fino a configurare quadri di psicosi di transfert. Un caso di questo genere, diagnosticato come psiconevrosi isterica, era esitato in un *drop-out* attuato dopo diversi tentativi altalenanti di distaccarsi dall’analista;

3. un caso di psiconevrosi fobico-ossessiva, tipico come struttura di personalità, senza nessuna *nuance* di marginalità, dopo circa tre anni di analisi ha presentato una depressione intensa e grave con ideazione anticonservativa, lasciando ipotizzare un nucleo endogeno [33]. Solo la riflessione scaturente da tale situazione ha permesso di cogliere con maggior precisione un aspetto megalomaniaco del pensiero magico del soggetto: il paziente temeva che tracce del proprio liquido seminale sui vestiti potessero ingravidare delle donne anche a distanza di spazio e di tempo e, nonostante la critica esercitata sul disturbo, era costretto a lunghi e laboriosi rituali di lavaggio. Si evidenziava un’idea di onnipotenza propria o del sesso femminile, Sé grandioso secondo Kohut [18], che rimanda al problema delle patologie di confine [29].

### III. *La fine dell’analisi*

Lo studio riguardante *la fine* dell’analisi difficilmente può prescindere da quello che concerne *il fine* dell’analisi. Al di là del gioco di parole, appare evidente come le varie concezioni del profondo possano differire in relazione a determinati assunti: per la teoria freudiana la consapevolezza propria dell’Io deve estendersi là dove c’era l’inconscio frutto della rimozione delle pulsioni [13]; per quella junghiana è fondamentale il processo di individuazione [16]; per quella adleriana appaiono prioritari lo smascheramento delle mete fittizie [25] e il riordinamento del piano di vita [26]. Anche l’esplorazione di questo campo

ci condurrebbe in una direzione troppo lontana e in un settore troppo vasto rispetto ai fini del presente contributo, in cui desideriamo limitarci a considerare quali siano i criteri che possono essere utilizzati per definire la fine dell'analisi e con quali tempi e modalità questa si possa attuare.

Freud [9] affermò che ogni analisi condotta a buon termine deve permettere alla donna di padroneggiare l'invidia del pene e all'uomo la ribellione contro la propria impostazione passiva nei riguardi di un altro uomo. Pur rifacendosi a questi assunti base della propria teoria pulsionale, Freud non dimentica di citare l'opinione espressa nel 1927 da Ferenczi, per cui è decisiva per la fine dell'analisi la posizione assunta dall'analista, che deve dimostrarsi in grado di apprendere dai propri errori. Freud ricorda ancora che la guarigione stessa viene trattata dall'Io come un nuovo pericolo. Una posizione, per così dire, più realista del re è sostenuta da Mack Brunswick [20], per il quale un'analisi si può dire terminata quando si siano scoperti tutti i ricordi infantili repressi.

Secondo Fromm-Reichmann [10], la fine dell'analisi si avvicina, quando si ha una valutazione concorde sulla personalità del paziente sia da parte di questi che dell'analista, con la risoluzione di quelle esperienze di transfert e di distorsioni paratassiche relative a persone e situazioni interpersonali, per cui l'individuo riesce finalmente a vederle nella loro realtà e non più come ombre del proprio passato. Questo è rivelato dal fatto che il paziente:

- riesce a improntare sempre più il rapporto con l'analista a fattori "di realtà";
- accetta le persone significative dell'infanzia senza l'interferenza di ondate emotive;
- affronta il futuro con ansia diminuita e con maggior capacità di accettarla e fronteggiarla;
- si libera dall'iperdipendenza nei confronti dei bisogni di approvazione;
- ha chiarito sufficientemente i propri meccanismi di difesa.

Fromm-Reichmann ravvisa un pericolo nei casi in cui l'analisi sia diventata un modo di vivere fine a se stesso, per cui, quando si avvicina il termine, si può verificare una riacutizzazione o una ricomparsa dei sintomi. L'Autrice raccomanda di stabilire una data per il termine della cura e di proporre un periodo di prova. Per Glover non sono sufficienti i criteri clinici, ma la valutazione di fattori legati :

- alle tappe dello sviluppo psicosessuale;
- alla capacità lavorativa e di adattamento sociale;
- al completamento dell'analisi del transfert;
- all'organizzazione strutturale, in quanto «Il paziente deve aver operato l'identificazione regressiva dell'analista con il Super-Io e l'Io. Deve averla elaborata nell'analisi e, riducendo le sue richieste di protezione analitica, deve essere dispo-

sto a lasciar funzionare nella sua mente un Super-Io modificato»\* (12, p. 172). Per Kanzer e Blum [17] il distacco dall'analista è reso difficile non tanto dal transfert irrisolto quanto dal rapporto reale con l'analista.

In una prospettiva individualpsicologica, Parenti [25] sottolinea la difficoltà di terminare l'analisi, qualora si instauri una dipendenza dall'analista se il paziente non è riuscito a elaborare la capacità di affrontare da solo l'impatto con la vita, perpetuando nel rapporto con gli altri una conflittualità che può anche assumere un carattere ossessivo. L'*insight* [24] riveste notevole importanza nelle fasi iniziali della terapia, mentre in quella finale prevale il processo di incoraggiamento [7, 28], per cui l'analista deve essere pronto a "tenere per mano" [22] il paziente per elaborare un rapporto con la realtà meno rigido e più adattivo [24].

Per Parenti [25] la decisione riguardante la fine dell'analisi è sostanzialmente presa dal paziente, ma perché si possa parlare di termine e non di interruzione, ripetiamo, deve esistere una "valutazione consensuale" insieme all'analista. Le modalità di cessazione non possono che essere individualizzate così come un'analisi adleriana è un'esperienza unica e irripetibile. Rifacendoci a quanto dicevamo all'inizio, il discorso circa il "gradiente di profondità" deve basarsi sul concetto di "transizione dinamica" fra psicoterapie condotte a vari livelli di approfondimento. Si potrà discutere se il termine analisi vada riferito solo a quella terapia in cui vi sia stata un'interpretazione del transfert o se possano esistere analisi, che hanno permesso una comprensione molto profonda delle dinamiche intrapsichiche, senza che il transfert e il controtransfert siano stati oggetto di particolare elaborazione. Il concetto di "transizione dinamica" si riferisce in particolar modo al fatto che molti soggetti richiedono una psicoterapia o, ancor più genericamente, un aiuto clinico e solo in alcuni casi il percorso svolto insieme assume le caratteristiche di una terapia del profondo. In altri casi la richiesta di effettuare un'analisi si scontra con varie difficoltà che, come si accennava in precedenza, le impediscono una piena attuazione. Ciò comporta una duttile elasticità da parte dell'analista adleriano che, sulla base del suo ascolto empatico, è in grado di camminare al passo del paziente, non imponendo il proprio, come avverrebbe per una teoria e una tecnica che non si adattino all'individuo.

Quanto è stato detto comporta diverse modalità di *fine* dell'analisi. Fermo restando il punto rappresentato dal consenso, vi possono essere casi in cui si stabilisce una data di cessazione oppure un periodo di prova; spesso si concorda un diradamento delle sedute, una diluizione nel tempo fino a cessazione completa. Questo può essere particolarmente vero nei casi con quadri sintomatolo-

\*Naturalmente Glover si riferisce alla teoria strutturale freudiana.

gici più gravi come le psicosi, in cui alla fase di termine dell'analisi ne subentra una di "accompagnamento" che può, a sua volta, durare molto a lungo. Talora può essere deciso consensualmente ciò che spesso il paziente attua di sua iniziativa: troncarsi con un analista per rivolgersi a un altro. In questi casi il consenso verte sul fatto che il rapporto ha raggiunto una fase di stallo: l'individuo ha ancora bisogno di analisi, ma questa non può essere proseguita con lo stesso analista. Giunto a una determinata tappa di crescita, il soggetto può maturare l'esigenza di affrontare certe tematiche solo con un analista più anziano o di sesso diverso. Talora, ad analisi ultimata, possono rendersi necessari colloqui a distanza di tempo o cicli di colloqui che possono configurare una sorta di "analisi satellite" rispetto alla principale, in cui vengono affrontate o approfondite tematiche che determinati *life events* hanno portato in primo piano.

Appare centrale, a questo proposito, il fattore "creatività" insito nel rapporto analitico, che presuppone la formazione di una "coppia creativa" [25], in cui l'analista, per riprendere la metafora proposta da Hillman [15], si assume il ruolo di romanziere che aiuta il paziente a ritrovare la trama di una storia che aveva perduto, dimostrando di avere fiducia in lui più di quanto egli non ne nutra in se stesso, permettendogli, così, di ricostruire quel *soggetto empatico interno* [21, 30] e di attingere alle risorse del *Sé creativo* [3], che lo riporta a protagonista, autore e regista della propria storia. Il paziente è, solitamente, portato a intravedere la fine dell'analisi in base a una valutazione del rapporto intercorrente fra i risultati conseguiti e i bisogni e le motivazioni che l'hanno condotto in analisi, nonché rispetto ai propri vissuti nei confronti dell'analista, a come "si sente nella propria pelle", alla qualità delle proprie relazioni affettive, sociali e lavorative.

La valutazione effettuata dall'analista, relativamente a un'eventuale fine dell'analisi, è basata sulla comprensione dei movimenti di scorrimento dell'asse trasferale/controtrasferale e avviene in base a diversi "indicatori":

1. sintomatologico-clinici:

- riduzione fino alla scomparsa della sintomatologia;
- ridotta azione invalidante dei sintomi sulla vita del soggetto;
- maggior adattamento alla sintomatologia stessa;
- riduzione di eventuali terapie farmacologiche, di ricoveri ospedalieri, etc.

2. psicopatologico-dinamici in un'ottica adleriana, per cui la "funzione" dell'"organo psichico" [1] viene fondamentalmente intesa come modulazione e organizzazione del *continuum* intrapsichico-interpersonale:

- una maggior elasticità della zona "cuscinetto" [27, 28], per cui la "distanza" nei confronti degli altri non sia rigidamente imposta da conflitti o deficit interiori, ma adattabile alle contingenze della realtà esterna, con una maggior consapevolezza delle problematiche relative ai fenomeni di "dipendenza";
- la "costruzione" del proprio rapporto con il mondo si verifica sulla base di

- una più fluida e meno conflittualizzata dinamica fra cognizione e affetti;
- aumento della capacità di *insight*;
  - aumento dell’empatia;
  - accresciuta capacità di elaborare i propri vissuti, *working through*, con maggior possibilità di accedere all’ordine del simbolico e del dialogo sia interiore che esterno;
  - maggior partecipazione a un mondo *immaginale comune* [11], fattore preminente nel caso delle psicosi. Secondo Adler [2], il problema del rapporto fra conscio e inconscio si riferisce alla differenza che intercorre fra ciò che un individuo comprende e ciò che sa. Nell’elaborazione analitica “impara” a comprendere, nel senso etimologico di *prendere insieme* a un’altra persona per, poi, continuare anche da solo.
3. relazionali:
- maggior capacità di accettare ciò che viene vissuto come frustrante;
  - maggior tolleranza nei confronti di ciò che è vissuto come costrizione;
  - aumentata capacità di accettare la definizione che l’altro dà della relazione;
  - ridotta componente transferale nei rapporti interpersonali;
  - possibilità di ridurre la distanza per rendere possibili maggiori e migliori rapporti di intimità;
  - il bisogno può esprimersi come desiderio e formularsi come domanda [19].
4. sociali:
- miglior inserimento e rendimento lavorativo;
  - maggior capacità di godere del tempo libero;
  - miglioramento della qualità nei rapporti familiari e di amicizia.

Tale elenco non vuole essere esaustivo, ma solo indicativo di quali parametri possono essere considerati. In breve, si può affermare in termini adleriani che l’analisi dovrebbe condurre alla rielaborazione di uno *stile di vita*, in cui l’uso compensatorio delle finzioni rafforzate non sia più al servizio di un’aspirazione alla superiorità, che conduce l’individuo a essere estraneo agli altri e alienato rispetto a se stesso, ma gli permetta di accettare il proprio “deficit” e, anzi, utilizzarlo in rapporti auto e eterorealizzativi [31]. Come sostiene, perciò, Conan Doyle: «La prova fondamentale della grandezza dell’uomo sta nella percezione della sua piccolezza» (6, p. 12). Un aspetto importante è rappresentato dal fatto che la fine dell’analisi, come ogni termine, comporta vissuti di abbandono. L’elaborazione del lutto, che questi comportano, assume un ruolo centrale, soprattutto, se si considera che la paura dell’abbandono riveste sovente un ruolo centrale in psicopatologia. La possibilità di superare un abbandono, una perdita, con l’aggressività che ne deriva, rappresenta già di per sé un “indicatore” di guarigione. Appare, tuttavia, utile considerare questo fattore anche dalla parte dell’analista. Infatti, se, come sostiene Guy [14], nella scelta della professione di psicoterapeuta vi sono motivazioni improntate alla compensazione di vuoti affettivi, la fine dell’analisi può essere vista come problematica anche dall’analista. Soprattutto a questo ri-

guardo appaiono importanti le osservazioni, già ricordate, sulla fine dell'analisi in base alle capacità dell'analista di imparare dai propri errori [8].

In conclusione vorremmo osservare come appaia difficile riflettere sulla fase finale dell'analisi senza discutere su vari aspetti del processo terapeutico visti nella loro complessità. Quanto è stato detto ci sembra utile, in quanto costituisce uno spunto per stimolare ulteriori riflessioni anche in relazione a problematiche particolari, come quelle dell'analisi didattica, che qui abbiamo tralasciato.

### Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1950.
2. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo*, Mondadori, Milano 1954.
3. ADLER, A. (1936), *Neurotisches Weltbild*, *Int. Z. Indiv. Psychol.*, 14: 129-137.
4. BENEDETTI, G. (1970), *Psychotherapy of schizophrenia*, New York University, New York.
5. BRUSSET, B. (1988), *Psychoanalyse de la liaison*, tr. it. *La psicoanalisi del legame*, Borla, Roma 1990.
6. CONAN DOYLE, A. (1890), *The sign of four. Sherlock Holmes. Selected stories*, Oxford University, London 1970.
7. DINKMEYER, D., DREIKURS, R. (1963), *Encouraging children to learn: the encouragement process*, tr. it. *Il processo di incoraggiamento*, Giunti-Barbèra, Firenze 1974.
8. FERENCZI, S. (1927), *The Problem of the End of Analysis*, *Int. Zeitschr. Psychoanal.*, XIV: 1-10.
9. FREUD, S. (1937), *Die endliche und die unendliche Analyse*, tr. it. *Analisi terminabile ed interminabile*, in *Opere*, Vol. XI, Boringhieri, Torino 1979.
10. FROMM-REICHMANN, F. (1950), *Psychotherapy*, tr. it. *Principi di psicoterapia*, Feltrinelli, Milano 1962.
11. GASCA, G., SCARSO, G., CANDELLIERI, S. (in press), *Fattori terapeutici nella terapia di gruppo di pazienti borderline. Rassegna di studi psichiatrici*, LXXXII, 4: 306-328.
12. GLOVER, E. (1954), *The technique of psychoanalysis*, tr. it. *La tecnica della psicoanalisi*, Astrolabio, Roma 1971.
13. GREENSON, R. R. (1967), *Psychoanalytic theory and technique*, tr. it. *Tecnica e pratica psicoanalitica*, Feltrinelli, Milano 1974.
14. GUY, J. D. (1987), *The personal life of the psychotherapist*, J. Wiley and sons, New York.
15. HILLMAN, J. (1983), *Healing fiction*, tr. it. *Le storie che curano*, Raffaello Cortina, Milano 1984.
16. JUNG, C. G. (1928), *Das Ich und das Unbewusst*, tr. it. *L'io e l'inconscio*, Boringhieri, Torino 1980.
17. KANZER, M., BLUM, M. P. (1967), *La psicoanalisi classica dal 1939*, in WOLMAN, B. B. (a cura di), *Handbook of Psychoanalytic and Psychotherapeutic Techniques*, tr. it. *Manuale delle tecniche psicoanalitiche e psicoterapiche*, Astrolabio, Roma 1974.

18. KOHUT, H. (1977), *The Healing of the Self*, tr. it. *La guarigione del Sé*, Boringhieri, Torino 1980.
19. LACAN, J. (1966), *Ecrits*, Le Seuil, Paris.
20. MACK BRUNSWICK, R. (1928), A supplement to Freud's history of an infantile neurosis, *Int. J. Psychoanal.* XIX: 139-176.
21. MILLER, A. (1981), *Du sollst nicht merken*, tr. it. *Il bambino inascoltato*, Boringhieri, Torino 1989.
22. MUNROE, R. L. (1959), Altri indirizzi psicoanalitici, in ARIETI, S. (a cura di), *American Handbook of Psychiatry*, tr. it. *Manuale di Psichiatria*, Boringhieri, Torino 1969.
23. MUSATTI, C. (1949), *Trattato di Psicoanalisi*, Boringhieri, Torino.
24. PAPANEK, H. (1975), Alfred Adler, in FREEDMAN, A. M., KAPLAN, H. I., SADDOCK, B. J. (a cura di), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Williams and Wilkins, Baltimora.
25. PARENTI, F. (1983), *La psicologia individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
26. ROVERA, G. G. (1981), Mete fittizie e metanoia, in VOLTERRA, V. (a cura di), *Finalità della psicoterapia*, Patron, Bologna: 91-98.
27. ROVERA, G. G., FASSINO, S., FERRERO, A., GATTI, A., SCARSO, G. (1984), Il modello di rete in psichiatria, *Rassegna di Ipnosi*, 25.
28. ROVERA, G. G., SCARSO, G., MUNNO, D., FASSINO, S. (1984), La strategia di incoraggiamento nelle fobie, in ROSSI, R., PETRELLA, F. (a cura di), *Psicoterapia delle fobie*, M. S., Torino.
29. SCARSO, G. (1989), "Considerazioni psicopatologico-cliniche in tema di patologia borderline", *XXXVII Congr. SIP*, CIC Edizioni Internazionali: 879-884.
30. SCARSO, G. (1990), "L'analisi come ricostruzione: il concetto di olistico", *XVIII Congr. Intern. SIPI*, Abano Terme.
31. SEIDEL, V. (1984), *Regression as therapeutic agent*, tr. it. *Regressione come agente terapeutico nella terapia individualpsicologica*, CSIP, Torino 1986.
32. WALDINGER, R. J., GUNDERSON, J. G. (1987), *Psychotherapies with Borderline Patients*, tr. it. *I risultati delle psicoterapie con i pazienti borderline*, Bollati Boringhieri, Torino 1991.
33. WEITBRECHT, H. J. (1960), Depressive and manische endogene, *Psychosen. Psychiat. Gegenarzt.*, 2: 73-118.
34. WOLBERG, L. R. (1967), *The Technique of Psychotherapy*, Grune and Stratton, New York.
35. WOLLEY, C. R. (1977), *The Technique of Psychotherapy*, Grune and Stratton, New York 1977.

Donato Munno e  
Giuseppe Scarso  
Clinica Psichiatrica Università di Torino  
Via Cherasco, 11  
I-10126 Torino