

BRUNO VIDOTTO, FRANCESCA DI SUMMA

DA UNA PSICOPEDAGOGIA CLINICA ALLA PSICOTERAPIA ANALITICA NEL TRATTAMENTO ADLERIANO DEI DISTURBI INFANTILI

La situazione attuale ci pone di fronte a una richiesta sempre più pressante di intervento su bambini difficili o chiaramente patologici. Quella che Dreikurs (1970) e CANZIANI (1975) definiscono "bancarotta della famiglia e della scuola" ci mostra un numero sempre crescente di insegnanti e genitori disorientati e confusi, che spesso non sanno letteralmente più cosa fare con i loro allievi e figli. Sempre più numerose quindi risultano le richieste di counselling o di psicoterapia, anche nell'età evolutiva.

La situazione scolastica italiana e la forte richiesta di trattamento individuale ci ha costretto ad adattare, integrare e ampliare la "psicopedagogia clinica" ideata da Adler e arricchita da Dreikurs.

PSICOTERAPIA O ANALISI?

L'analisi adleriana, come noto, si differenzia per molteplici aspetti da quella freudiana: il rapporto faccia a faccia al posto del divano, la frequenza non codificata delle sedute, la durata del trattamento, l'atteggiamento dell'analista, l'uso dei "silenzii" ecc., rappresentano alcune delle differenziazioni di fondo per le due metodologie terapeutiche.

Per quanto riguarda il trattamento infantile, un confronto critico con le scuole psicoanalitiche ci indurrebbe a preferire il termine "*psicoterapia a orientamento analitico*" piuttosto che quello di "analisi".

Scrivono MISHNE (1983): "In psicoterapia, la regressione è incoraggiata meno che nel trattamento analitico e l'accento cade più sulla relazione interpersonale bambino-terapeuta e sul qui ed ora, anziché sui conflitti infantili originari. Il terapeuta assume una posizione più attiva di sostegno, in confronto all'atteggiamento non direttivo dell'analista, per aiutare il bambino a:

- 1) potenziare la sua capacità di esame di realtà,
- 2) rafforzare le sue relazioni d'oggetto,
- 3) allentare le sue fissazioni.

Non si tenterebbe mai l'analisi di un bambino che vive in una situazione familiare caotica, problematica, traumatizzante, in quanto genitori sottoposti a tali tensioni non saprebbero sostenere, tollerare e favorire un trattamento così impegnativo. La terapia infantile, invece, comporta spesso il lavoro con bambini che vivono proprio in situazioni notevolmente caotiche e il terapeuta deve spesso assumere un ruolo attivo con la famiglia, intervenendo sui genitori, sulla scuola o sull'ambiente circostante. Mishne ed altri psicoanalisti infantili sostengono inoltre che la psicoterapia è l'unico metodo efficace in molti casi di psicosi infantile, negli stati borderline e in altre situazioni psicopatologiche (ad es. certi disturbi del carattere e del comportamento).

La realtà concreta di una grande città come Torino non permette praticamente mai, né a livello pubblico né nella pratica privata, un trattamento psicoterapico infantile che superi la frequenza settimanale di due (o molto raramente) tre sedute: ciò sia per problemi economici sia per gli impegni professionali della famiglia.

Siamo ben lontani da quella che A. FREUD prospetta come situazione ottimale per il trattamento analitico del bambino: cioè la frequenza di sei sedute alla settimana o, come minimo, almeno cinque.

Secondo SANDLER (1980) "il numero di sedute settimanali è rilevante, per quanto si tratti di un problema complesso, ai fini di distinguere fra psicoanalisi e psicoterapia".

Sostiene A. FREUD: "E' desiderabile che il numero di sedute nell'analisi infantile sia di cinque alla settimana, che tuttavia consentono anch'esse un contatto abbastanza limitato con il bambino. Abbiamo bisogno del contatto più intenso possibile non solo per raccogliere più materiale, ma anche per tener vivo il lavoro di interpretazione, per mantenere il materiale analitico, nei limiti del possibile, all'interno della situazione di trattamento, oltre che per tener sotto controllo le ansie suscitate dalla situazione stessa e per non sovraccaricare l'ambiente in cui il bambino vive. La diminuzione della frequenza delle sedute, qualsiasi essa sia, va perciò a detrimento dell'efficienza del lavoro dell'analista. In quest'ottica le cinque sedute settimanali sono semplicemente il minimo indispensabile e non rappresentano certamente la soluzione ottimale" (in SANDLER, 1980) Prosegue ancora SANDLER (1980): "Le cinque sedute settimanali non sono un numero magico ma rappresentano la migliore approssimazione possibile alla situazione ideale del trattamento quotidiano. A questo proposito è indubbio che considerazioni di natura economica e finanziaria, tanto da parte del paziente che del terapeuta, hanno avuto una notevole influenza sull'attuale tendenza a ridurre il numero delle sedute settimanali e anche la loro durata".

La realtà sociale e ambientale a cui fa riferimento la presente relazione non permette neppure di avvicinarsi al modello ideale proposto da A. FREUD e SANDLER. Vi sono poi anche motivazioni di carattere più squisitamente tecnico a indurre gli psicologi individuali ad affrontare un minor numero di sedute settimanali. Come sottolinea PARENTI (1983), in ogni caso "gli analisti adleriani non sono legati a nessun dogma metodologico. Le scelte sono individuali e scaturiscono dal confluire dello stile di comunicazio-

ne del terapeuta con quello del paziente, oltre che dalla forma trattata”.

La diversa impostazione metodologica che caratterizza poi psicoanalisti e psicologi individuali rende di secondaria importanza la distinzione fra “analisi” e “psicoterapia a orientamento analitico” anche per quanto riguarda il trattamento infantile.

Il nostro metodo presuppone da parte del terapeuta infantile un atteggiamento emotivamente partecipe e attivo.

Non tutti i casi inoltre sono efficacemente trattabili analiticamente. Riteniamo, per esempio, poco efficace la psicoterapia per bambini al di sotto almeno dei quattro anni o quattro anni e mezzo: in tali casi ci pare più fruttuosa una stretta collaborazione di counselling - supervisione con la famiglia e la scuola. In casi gravi, poi, al di sotto dei quattro anni (autismo, psicosi infantile, ritardi psicomotorio o del linguaggio o di maturazione, ecc.) il trattamento elettivo è, a nostro parere, una terapia psicomotoria.

Il presente lavoro prende in considerazione la fascia di età che va dalla prima infanzia (4-5 anni) alla preadolescenza (conclusione del ciclo della scuola dell'obbligo). La casistica clinico-patologica abbraccia casi che vanno dalla psicosi ai disturbi del carattere e della personalità, dalle varie sindromi nevrotiche alle reazioni di adattamento.

IL MATERIALE

“Sono vari i modi in cui il bambino porta il materiale in analisi. Egli può limitarsi a parlare, oppure può giocare, dipingere, drammatizzare o mettere in atto. In breve usa modalità di espressione diverse... La modalità di espressione prescelta è molto importante da un punto di vista tecnico, per il terapeuta, perché fra le altre cose essa ci dà un'in-

dicazione dell'accessibilità alla coscienza del paziente delle tendenze inconscie che sono all'opera dentro di lui... Le principali forme di espressione sono quella verbale, quella non verbale, o una combinazione delle due" (SANDLER, 1980).

La nostra esperienza clinica coincide con quanto scrive SANDLER (1980): "Nel caso dei bambini molto piccoli e di quelli con certi tipi di patologia, come i bambini mutacici⁽¹⁾, un'interpretazione verbale spesso non dice gran che al bambino e può divenire significativa solo se accompagnata da una rappresentazione concreta, come può esserlo la drammatizzazione nel gioco.

...In simili situazioni un tono di voce amichevole può agli inizi significare molto di più che il contenuto verbale dell'intervento del terapeuta. La verbalizzazione non è la sola via per aiutare il bambino a raggiungere la comprensione dei propri problemi e metterlo a contatto con i propri sentimenti... Il materiale di alcuni bambini si esprime, in generale o in occasioni specifiche, per lo più in comportamenti e attività non verbali che vanno da grossolane manifestazioni fisiche di impulsi e affetti ad attività molto più distanziate o spostate come il gioco".

Il bambino esprime in seduta, in forma simbolica e mascherata, contenuti inconsci o conflitti derivanti dalla situazione reale, timori o paure e aspirazioni o desideri. La mimica, la motricità, il gioco, la drammatizzazione, le fantasie e fantasticherie, i disegni, talvolta i sogni ci dicono con

(1) Già si è detto dei bambini molto piccoli e dell'approccio, a nostro parere, più efficace con essi. Quanto Sandler afferma per i bambini mutacici si rivela altrettanto vero per i casi di psicosi infantile e gli stati borderline in generale. L'approccio esclusivamente o prevalentemente verbale risulta inoltre poco efficace, quando non addirittura dannoso, nei casi di disturbo o ritardo del linguaggio su base psicogena, nella balbuzie psicogena, in certe sindromi ticcose e persino in certe sindromi nevrotiche caratterizzate da spiccata timidezza, chiusura, timore, scoraggiamento e inibizione affettiva.

estrema chiarezza quali sono le caratteristiche dello stile di vita ed i finalismi perseguiti.

Assai spesso Parenti, Pagani, Grandi e altri adleriani hanno sottolineato la pericolosità di certe interpretazioni simboliche "assolute", rigide e precostituite.

Anche A. FREUD sottolinea, in aperta polemica con M. KLEIN, il rischio di esagerazioni legato all'interpretazione simbolica delle espressioni infantili. Dice infatti: "Sta al terapeuta trovare il modo di capire il simbolismo e di usarlo per l'interpretazione. A dire il vero, nessuno è in grado di dire quanto un'interpretazione simbolica vada realmente a cogliere una fantasia nella testa del paziente, e quanto sia invece espressione di una fantasia della persona che interpreta. Ecco perché non mi piace l'interpretazione simbolica, è troppo aperta all'influenza delle speculazioni dell'analista" (in SANDLER 1980).

Nonostante ciò l'analista o il terapeuta infantile non può prescindere da un'attenta osservazione e lettura delle espressioni simboliche. Come scrive SANDLER (1980), "l'espressione simbolica ha luogo sia nel comportamento, sia nelle altre manifestazioni non verbali e compare parimenti nel materiale verbale, come i sogni e le fantasie riferite verbalmente. I terapeuti infantili devono necessariamente interessarsi all'espressione non verbale e cercare il modo di promuovere il passaggio dall'espressione nell'azione diretta a quella in pensieri e parole".

Giustamente, come ammonisce anche A. FREUD, occorre essere prudenti e cauti nelle interpretazioni simboliche, attenti a non costruire ed elaborare proprie personali "fantasie terapeutiche" che prescindono totalmente dalla realtà psichica, ambientale ed esperienziale del bambino. Per questo occorre conoscere a fondo la storia personale del bambino e la sua realtà ambientale (familiare e sociale) in

ogni momento del trattamento. Anche per questo diventa indispensabile lavorare in stretta collaborazione e sintonia con famiglia, scuola ed eventualmente istituzioni, creando quello che si può definire “ambiente terapeutico allargato”.

A ragione DREIKURS (1972) sostiene che “trattare in modo efficace il bambino disturbato richiede che si lavori con la famiglia, con la scuola, gli istituti sociali e ovviamente con il bambino” (in WOLMAN, 1972).

IMPORTANZA E SIGNIFICATI DEL GIOCO IN PSICOTERAPIA INFANTILE

Tutti gli analisti e terapeuti infantili (di qualsiasi scuola) e tutti gli studiosi dell'età evolutiva sottolineano l'importanza del gioco sia per lo sviluppo normale sia nel corso del trattamento infantile.

Scriveva ADLER (1927) in “La conoscenza dell'uomo”: “Il gioco assume una grande importanza nella vita del bambino e si configura palesemente come una preparazione al futuro... Tramite il gioco possiamo risalire ai rapporti che intercorrono fra l'ambiente e il fanciullo, scoprire come egli giudica i propri simili e intuire una sua eventuale tendenza al predominio. Ci è consentito così di ricostruire come il ragazzo si inserisca nella vita. ...Il gioco è anche una prova del sentimento sociale, naturalmente intenso nel bambino, che cerca di appagarlo in ogni occasione ...

L'osservazione dei giochi è dunque un valido metro per determinare con esattezza il sentimento sociale nell'età evolutiva... Si può dire che quasi ogni gioco lascia intravedere una delle seguenti implicazioni: sentimento sociale, preparazione alla vita e desiderio di predominio. Elemento di interesse è pure la possibilità di darsi, mediante il gioco, una attività propria. Nella situazione ludica il bambino sfrutta la propria capacità di iniziativa e nel contempo offre presta-

zioni che sono il risultato di una sua collaborazione con i compagni. Il fattore creativo sta alla base di moltissimi giochi le cui caratteristiche costringono il fanciullo a collaudare pragmaticamente le sue doti di inventività, doti che in seguito assumeranno una grande importanza nella attività professionale... Lo sviluppo psichico infantile è strettamente collegato al gioco, anche perché questo prefigura quasi un'attività professionale soggettivamente intensa... Nella fanciullezza sussiste già qualcosa di ciò che l'individuo sarà da grande e il gioco contribuisce certamente alla preparazione del futuro".

Tralasciamo qui, per motivi di spazio e di tempo, di sviluppare ulteriormente i problemi relativi all'importanza ed ai significati del gioco. Ricordiamo soltanto come PIAGET studi lo sviluppo del gioco dal punto di vista cognitivo e come E. ERIKSON (1963) ne sottolinei l'importanza per lo sviluppo sociale. Non affrontiamo neppure la diatriba insorta fra M. KLEIN ed A. FREUD per quanto riguarda l'utilizzazione del gioco nel corso del trattamento analitico infantile. Vogliamo solo ricordare come numerosi psicoanalisti infantili (lo stesso ERIKSON, BETTELHEIM, GREENACRE, PELLER, AXLINE, DESPERT e altri) ne sottolineino continuamente l'importanza e le possibilità di utilizzazione. Lo stesso discorso vale per gli psicoterapeuti infantili junghiani (PEREZ BERETTA, STAABS, e altri ancora).

RELAZIONE E INTERPRETAZIONE

Il "gioco" è una delle modalità privilegiate da parte del bambino per porsi in relazione con l'ambiente.

"Nella terapia infantile si utilizzano talvolta in diversi modi giocattoli, storie, bambole, gioco dei ruoli e vari espedienti verbali per preparare la via all'interpretazione o per facilitarla... E' solitamente il bambino che inizia a usare il

materiale di gioco con modalità che rivelano qualcosa di sé. Il bambino può far questo scegliendo di giocare o lavorare con un animale o un burattino, oppure raccontando una storia... Il terapeuta può quindi seguire l'indicazione del bambino ed entrare nel gioco, formulando un'interpretazione sotto forma di commento fatto da una delle figure-giocattolo o da un personaggio della storia, che servono da 'facente funzione'. Solitamente il terapeuta formula l'interpretazione come se si riferisse al giocattolo o al personaggio che stanno al posto del bambino. Alcuni bambini accettano più facilmente le interpretazioni quando non si riferiscono direttamente a loro stessi ma piuttosto a un altro bambino, a un burattino, a una bambola o a qualche personaggio di una storia" (SANDLER, 1980).

Come sottolinea SANDLER, nel rapporto di "*traslazione*"⁽²⁾ che si crea fra terapeuta e bambino, spesso non è possibile utilizzare l'interpretazione verbale diretta di contenuti inconsci. Talvolta non è possibile utilizzare neppure l'interpretazione verbale tout-court, altre volte può essere dannoso o inefficace.

Secondo ROVERA "per interpretazione si intende l'esplicitazione del senso latente (o nascosto) nei discorsi e nelle condotte di un soggetto." "L'interpretazione mette in luce le modalità del conflitto difensivo (finzione rinforzata) ed è rivolta allo scopo che viene formulato in ogni produzione significativamente rivolta all'inconscio, inteso qui come ciò di cui non siamo consapevoli" (ROVERA e FERRERO, 1979). Gli stessi Autori rilevano peraltro che "ciò è assai dif-

(2) Per un approfondimento delle problematiche relative alla "traslazione" o al "transfert" rimandiamo all'opera di A. FREUD (1954), "Il trattamento psicoanalitico dei bambini", Boringhieri, Torino, 1972.

Abbiamo sviluppato il problema secondo una prospettiva adleriana nella comunicazione "Approccio e relazione terapeutica nel trattamento adleriano delle psicosi infantili" (XIX Congr. Naz. Soc. Ital. di Psicoterapia Medica, Bologna, 30 nov.-1 dic. 1985) e nelle dispense seguite al corso di formazione seminariale "Teoria e prassi della psicologia individuale" (Torino, feb.-giugno 1986).

ficile da realizzarsi nel setting terapeutico coi soggetti in età evolutiva” (1979).

Il tema dell'interpretazione nel trattamento infantile presenta ancora numerosi aspetti problematici e oscuri.

Scrivono SANDLER (1980): “Ciò che si intende o comprende con il termine interpretazione non è sempre chiaro ed è certamente controverso. Il terapeuta fa diversi tipi di intervento per rendere conscio al paziente ciò che è inconscio e per prepararlo ad accettare cose che in precedenza non poteva accettare. Nell'analisi infantile, il terapeuta spesso fa precedere o accompagna al lavoro di interpretazione la chiarificazione o la spiegazione di certi eventi e processi interni o esterni. Questi interventi verbali spianano la via all'interpretazione, o in qualche modo la completano. Talvolta è necessario aiutare il bambino a distinguere tra fantasia e realtà, dare altre informazioni relative a circostanze esterne o fornire rassicurazioni. Con quest'ultimo termine, vogliamo significare quelle spiegazioni sulla realtà che sono date allo scopo di allontanare determinate ansietà... Secondo alcuni, l'interpretazione consiste nel dire qualcosa, spesso in fasi successive, circa il rapporto fra la difesa e il contenuto da cui ci si difende, il che rende il paziente consapevole di qualcosa che precedentemente ignorava. Ma questo è probabilmente un punto di vista troppo limitato”.

Anche la “confrontazione” cioè “utilizzare le informazioni provenienti da una fonte extranalitica” (SANDLER, 1980) e la “rassicurazione” possono rappresentare strumenti ausiliari o concomitanti o sostitutivi dell'interpretazione. La rassicurazione deve spingersi talvolta, in casi di psicosi o di grave instabilità, fino al contenimento: il messaggio trasmesso in tali casi è press' a poco “non ho intenzione di lasciarti fare nulla di dannoso” “Oltre alla rassicurazione verbale, il terapeuta può offrire forme di rassicura-

zione non verbale. Queste possono esprimersi mediante il contatto fisico, come il tenere il bambino per impedirgli di colpire il terapeuta o confortarlo tenendolo in braccio. Un criterio - guida per il terapeuta consiste nel valutare se i suoi interventi promuovono od ostacolano il lavoro analitico" (SANDLER; 1980). Come ricorda SANDLER "il terapeuta deve tuttavia ricordare che, benchè utili, i chiarimenti, le confrontazioni e le rassicurazioni sono soltanto aggiunte alle interpretazioni" (1980). Se è auspicabile giungere in ogni caso all'interpretazione verbale, se "c'è l'aspettativa implicita che il bambino passi da modalità d'espressione principalmente non verbali all'inizio della terapia a un tipo di comunicazione in cui parla di più" (MISHNE, 1983) è pur vero che in certi casi e per lungo tempo l'interpretazione verbale può risultare inefficace o di difficile recezione e comprensione per il bambino.

In tali casi considerando cho "vissuti e fantasie del bimbo si esprimono soprattutto sul piano ludico e nella drammatizzazione... e che il bambino spesso non 'sente' neppure le parole del terapeuta (ci riferiamo in specifico a certi momenti del trattamento di bambini 'psicotici')... l'agire del terapeuta sostituisce l'interpretazione verbale che caratterizza il trattamento dell'adulto, permette e promuove la liberazione progressiva del mondo fantastico interiore e produce cambiamento" (BASTIANINI e VIDOTTO, 1985).

Non sempre la migliore risposta ai contenuti simbolici espressi dal bambino consiste nell'interpretazione verbale offerta mantenendo un atteggiamento asettico di osservazione e di distacco. L'agire del terapeuta nella drammatizzazione ludica (pur non escludendo l'interpretazione verbale e proponendosi l'utilizzazione della stessa quando è opportuna e possibile) risulta spesso un suo "equivalente", tocca livelli inconsci e profondi della personalità del bambino e favorisce la rielaborazione e l'integrazione.

CONCLUSIONI

Il discorso affrontato risulta incompleto e per taluni aspetti solo abbozzato. Un capitolo importantissimo del trattamento analitico infantile riguarda le problematiche inerenti il lavoro con la famiglia, la scuola e le istituzioni. Non abbiamo affrontato nella presente relazione, per motivi di tempo e di spazio, il tema che noi definiamo “ambiente terapeutico allargato”. Sempre per gli stessi motivi non presentiamo esemplificazioni cliniche e non affrontiamo neppure il problema della relazione, dell'alleanza terapeutica, del primo approccio e della conclusione del trattamento. Per tutti questi aspetti rimandiamo ad altri scritti in corso di stampa e di prossima pubblicazione.

BIBLIOGRAFIA

- ADLER A. (1927), *Psicologia individuale e conoscenza dell'uomo*, Newton Compton, Roma, 1975
- ADLER A. (1929), *La psicologia individuale nella scuola*, Newton Compton, Roma, 1979
- ADLER A. (1930), *Psicologia dell'educazione*, Newton Compton, Roma, 1975
- ADLER A. (1930), *Psicologia del bambino difficile*, Newton Compton, Roma, 1973
- ADLER A. (1931), *Cos'è la psicologia individuale*, Newton Compton, Roma, '76
- BASTIANINI A.M., *Psicoterapia dell'infanzia* in A. Adler, in *Atti del Convegno "Alfred Adler e la Psicologia individuale"*, Alessandria 27-28 marzo 1987, quaderno n. 3, giugno '87
- BASTIANINI A.M., VIDOTTO B., *Proposta di un modello operativo adleriano in psicoterapia infantile*, XVIII Congr.Naz.Soc.Ital. di Psicoterapia Medica, Verona 3-4 nov. 1984. In stampa
- BASTIANINI A.M., VIDOTTO B., *Approccio e relazione terapeutica nel trattamento adleriano delle psicosi infantili*, XIX Congr.Naz.Soc.Ital. di Psicoterapia Medica, Bologna 30 nov. - 1- dic. 1985. In stampa
- CANZIANI G. (1973), *Introduzione a ADLER A., Psicologia del bambino difficile*, Newton Compton, Roma, 1973
- CANZIANI G. (1975), *Introduzione a ADLER A., Psicologia dell'educazione*, Newton Compton, Roma, 1975
- CANZIANI G. (1979), *Introduzione a ADLER A., La psicologia individuale nella scuola*, Newton Compton, Roma, 1979

- DINKMEYER D., DREIKURS R. (1963), Il processo di incoraggiamento, Giunti Barbera, Firenze, 1974
- DREIKURS R. (1961), Psicologia in classe, Giunti Barbera, Firenze, 1976
- DREIKURS R. (1972), L'approccio della psicologia individuale, in WOLMAN B.B. (1972), Manuale di psicoanalisi infantile, vol. III, Astrolabio, Roma, 1975
- ERIKSON E.H. (1963), Infanzia e società, Armando, Roma, 1970
- FREUD A. (1954), Il trattamento psicoanalitico dei bambini, Boringhieri, Torino, 1972
- FREUD A. (1965), Normalità e patologia del bambino, Feltrinelli, Milano, 1982
- MISHNE J.M. (1983), Il lavoro clinico con i bambini, Martinelli, Firenze, 1985
- MONTECCHI F. (a cura di), La psicoterapia infantile junghiana, Il pensiero Scientifico, Roma, 1984
- PARENTI F., La psicologia individuale dopo Adler, Astrolabio, Roma, 1983
- PARENTI F. e coll., Dizionario ragionato di Psicologia Individuale, Cortina, Milano, 1975
- ROVERA G.G., FERRERO A., L'interpretazione: problemi nelle psicoterapie dell'età evolutiva, in La psicoterapia del bambino e dell'adolescente, Atti del 1° Congr.Naz.Soc.Ital. di Psicologia Individuale, 2° tema, Rivista di Psicologia Individuale, n. 11, sett. 1979
- SANDLER J., TYSON R.L., KENNEDY H. (1980), La tecnica della psicoanalisi infantile, Boringhieri, Torino, 1983

- SARTORIS CHICCO F., VIDOTTO B., Integrazione di due forme di terapia in chiave adleriana nel trattamento di un bambino psicotico, in:
 - a) GRANDI L.G. (a cura di), Saggi di psicologia, vol. I, Proing, Torino, 1982
 - b) Atti del 2° Congr.Naz.Soc.Ital. di Psicologia Individuale vol. II, Camogli 9-11 ott. 1981, Rivista di Psicologia Individuale, n° 15-16, nov. 1981- marzo 1982

- VIDOTTO B., Fiaba e "fiabesco" nel trattamento psicoterapeutico infantile: spunti e riflessioni per un approfondimento, in Atti del Convegno "La Fiaba", Torino 25-26 gennaio 1986, PROING, Torino 1986

- VIDOTTO B., BASTIANINI A.M., Riflessioni sul processo di formazione dello psicoterapeuta infantile, XX Congr.Naz.Soc.Ital. di Psicoterapia Medica, Napoli 21-23 nov. 1986. In stampa