

LA PSICOLOGIA INDIVIDUALE
DI FRONTE AD ALCUNE PROBLEMATICHE
ISTITUZIONALI

Il presente lavoro nasce dalla confrontazione di esperienze condotte, in parte singolarmente, in parte da entrambi gli autori, nell'ambito di diverse istituzioni sociali.

Le osservazioni provengono da attività svolte in:

1. *ambulatorio psichiatrico di clinica universitaria a cui accedono due ordini di pazienti:*
 - a) *esterni:* soggetti inviati a visita psichiatrica per lo più da medici di famiglia, qualche volta da specialisti (in questo caso spesso nella prospettiva del ricovero ospedaliero) ed ex ricoverati che vi eseguono controlli periodici;
 - b) *interni:* soggetti ricoverati in altri reparti medici o chirurgici per visita di consulenza (in particolare dalla rianimazione in caso di tentativi anticonservativi).
In qualità di psichiatra in collaborazione non strutturata con altri medici e infermieri.
2. *scuola elementare e materna statale a cui accedono bambini dai 3 ai 14 anni di un vasto territorio urbano, in qualità di psichiatra in collaborazione strutturata con uno psicologo e due assistenti sociali;*
3. *consultorio familiare* privato con autorizzazione regionale, a cui accede una popolazione mista di utenti con problematiche psico-sociali a prevalente carattere familiare, *in qualità di consulenti psicologici e supervisori* nelle attività di gruppo degli operatori, *in collaborazione strutturata* con consulenti familiari, medici, specialisti, legali, etc.;
4. *ambulatorio di consulenza neuropsichiatrica* istituito nell'ambito di una industria a favore dei dipendenti (operai, impiegati, dirigenti) che vi accedono su richiesta personale o inviati dai medici di fabbrica, *in qualità di psichiatra in collaborazione non strutturata* con medici ed assistenti sociali di fabbrica;
5. *convalescenziario e casa di riposo per anziani*, di istituzione aziendale, a cui accedono ex dipendenti, *in qualità di consulente psicogeriatra in collaborazione non strutturata* con medici, specialisti, infermieri, assistenti sociali e animatori.

* * *

L'interesse è nato dalla condivisa osservazione della prevalente discrepanza tra le richieste espresse o latenti dei destinatari dei servizi e le risposte offerte.

Il problema di disattendere alle aspettative è nodale per molte istituzioni; non vogliamo qui addentrarci nelle vaste problematiche socio-culturali inerenti le strutture istituzionali ma, consapevoli del fatto che la delusione è particolarmente delicata e rischiosa nell'ambito dei servizi che forniscono prestazioni psicologiche-psichiatriche, ci proponiamo un approfondimento di alcuni aspetti del problema nell'intento di dare un contributo possibilmente traducibile in modelli operativi.

Le difficoltà incontrate nel lavoro di consulenza psicologico-psichiatrica sono molteplici e derivanti da cause diverse; *il nostro interesse è però qui particolarmente rivolto alle dinamiche dell'approccio e dei rapporti: consulente-utente e consulente-operatore.*

La scelta per questo argomento deriva dalla convinzione che soltanto l'analisi dei reciproci atteggiamenti (intesi per lo più come difese) possa far fronte al rischio di un «incontro mancato» che tende a reificare una situazione statica e non permette l'attuazione di alcun progetto effettivamente maturativo.

Abbiamo potuto evidenziare l'emergenza di alcuni atteggiamenti prevalenti nell'approccio con i destinatari e gli operatori dei servizi in cui si sono svolte le nostre esperienze che esporremo in modo descrittivo.

* * *

I.

Per quanto riguarda gli *utenti*, trattandosi di pazienti indirizzati a visita psichiatrica nell'ambulatorio della clinica, bambini e loro eventuali familiari segnalati per particolari problematiche nella scuola, soggetti ritenuti di difficile trattamento nel consultorio familiare, dipendenti inviati dai medici di famiglia a visita neuropsichiatrica nell'ambulatorio dell'industria, anziani ritenuti bisognosi di intervento psicologico-psichiatrico nell'istituto geriatrico, è necessario tener conto della situazione clinica dei singoli che dipende primariamente dalla struttura di personalità e dai vissuti e dalle problematiche individuali.

Si è voluto tuttavia analizzare gli atteggiamenti prevalentemente assunti, nell'approccio, dagli utenti dei vari servizi, per individuare quanto questi potessero non certamente dipendere in modo univoco, ma essere messi in relazione a fattori inerenti l'istituzione stessa, nella prospettiva di poterli eventualmente modificare.

A) *atteggiamento di depressione passiva*, improntato alla sfiducia nelle possibilità di cambiamento, verbalizzato dagli utenti prevalentemente come: «Non credo che i miei problemi si possano risolvere: non c'è nessuno che possa veramente aiutarmi: ho provato tante cure ma inutilmente, ecc.». Questo è stato rilevato per quanto riguarda i pazienti dell'*ambulatorio psichiatrico* più frequentemente negli *esterni non ex ricoverati*.

La chiusura depressiva, che sottointende una resistenza particolarmente tenace al rapporto, può essere messa in relazione con l'esperienza vissuta dai pazienti di rapporti per lo più strettamente medicalizzati e di interventi inducenti la passività e la sfiducia propri di un certo tipo di committenza (come succede quando i soggetti passano più volte di mano: dal medico di famiglia a un primo specialista, quindi a un altro e così via, sottoposti a successivi accertamenti e terapie farmacologiche di dubbio esito).

Analogamente, *nella scuola*, l'atteggiamento di depressione passiva è stato riscontrato nei familiari dei bambini segnalati per problemi per cui si era già ricorsi ad accertamenti e a interventi psicologico-psichiatrici in altre istituzioni.

Caso tristemente emblematico è quello di un bambino di nove anni che frequentava per la seconda volta la terza elementare e che esporremo sinteticamente:

Dopo aver fissato con la madre due appuntamenti (segnaliamo sotto invito dell'insegnante) a cui era mancata, al terzo ella si presentò con un atteggiamento palesemente depresso e sfiduciato.

Dal colloquio emerse che: 1) il figlio venne più volte sottoposto a visite da neuropsichiatri infantili per un problema di enuresi primaria e di frequenti episodi di spiccata anoressia; 2) svolgeva saltuari colloqui con una psicologa dell'ambulatorio pediatrico della zona per violente manifestazioni di aggressività nei confronti dei familiari (particolarmente le due sorelle minori e i cugini); 3) aveva eseguito già due volte test intellettuali, su invito delle due diverse insegnanti che aveva precedentemente avuto, per deficit di apprendimento e rendimento scolastico.

Per quanto riguarda i soggetti osservati nell'*ambulatorio neuropsichiatrico di organizzazione aziendale* si è osservato che l'atteggiamento di depressione passiva nell'approccio con lo specialista non era molto frequente e che era in relazione al vissuto nei confronti dell'industria e all'esistenza di problematiche psichiche individuali altrove esposte e non risolte.

Nei casi (che sono i più frequenti) in cui la richiesta di visita di consulenza veniva fatta per problemi variamente inerenti l'ambito lavorativo si è invece registrata l'emergenza di altri atteggiamenti che tratteremo in seguito.

Considerazioni particolari intendiamo si debbano fare circa l'approccio con *gli anziani di un istituto di riposo*.

Come è noto l'interpretazione adleriana del fenomeno dell'invecchiamento, basata sulla constatazione che i tre compiti vitali che costituiscono per l'uomo le principali forme di realizzazione: gli affetti, le relazioni sociali, il lavoro, subiscono con l'età senile profonde modificazioni in senso riduttivo, sottolinea come la crisi della senescenza sia improntata all'impoverimento e alla perdita (limitazione) il cui riscontro emotivo è la depressione.

L'atteggiamento rinunciatario e di sfiducia è proprio quello che anche nella nostra esperienza si è rilevato caratterizzare l'approccio con l'anziano.

Vogliamo sottolineare come nell'ambito di un istituto di riposo si embranchino con i dinamismi propri del processo di invecchiamento psicologico, per lo più rafforzandoli negativamente, altri fattori dipendenti da una particolare realtà socio-istituzionale.

In particolare ne segnaliamo due:

1) Il ricovero in una casa di riposo per anziani non rappresenta quasi mai una scelta libera degli interessati; le motivazioni che più frequentemente la inducono sono infatti: l'inabilità o la malattia cronica, l'insufficiente disponibilità economica o di assistenza domiciliare, le condizioni abitative scadenti, ecc.

È indubbio che la necessità e l'indigenza, piuttosto che stimolare le capacità adattative già ridotte per l'età, inducono vissuti di isolamento ed emarginazione ulteriori.

2) L'anziano sperimenta, in un istituto geriatrico, nuove relazioni interpersonali che lo vedono oggetto di un tipo di assistenza che concede preminente rilievo alle necessità fisiologiche; potremmo dire che più che di rapporti interpersonali si tratta di un accudimento di corpi di per sé già oneroso e per lo più considerato esaustivo delle necessità del vecchio.

Ciò non può che rafforzare il sentimento di inutilità, di finitezza, e quindi di inferiorità, che può indurre all'auto-emarginazione come compensazione negativa.

* * *

B) atteggiamento di *dipendenza improntato alla ipervalorizzazione dello «specialista»*, verbalizzato dagli utenti prevalentemente come: «Sono nelle sue mani, solo lei mi capisce e può aiutarmi, farò tutto quello che mi dice ecc.». Questa nell'ambito dell'*ambulatorio psichiatrico* si è constatata essere la modalità di approccio più frequente dei pazienti precedentemente *ricoverati nella clinica*. L'attaccamento dipendente sottointende una resistenza a un rapporto maturativo, in cui però l'esperienza del ricovero ha verosimilmente giocato un ruolo di «incoraggiamento» da un lato, ma di eccesso di protezione dall'altro. La richiesta è quindi del mantenimento di un rapporto vissuto come un «maternage» rassicurante.

Un atteggiamento per alcuni aspetti analogo è stato riscontrato in alcuni *genitori di scolari* che, informati della costituzione dell'équipe psicopedagogica nella scuola, richiedevano spontaneamente un colloquio.

Nell'ambito di questo emergeva che parlare dei problemi dei figli costituiva un tentativo difeso di verbalizzare le proprie ansie di fondo.

L'interesse a incontrare il consulente psicologico nasceva fondamentalmente dal ritenerlo capace di fornire concrete risoluzioni ai propri problemi.

Per quanto riguarda l'*utenza del consultorio familiare*, di cui non si è trattato nell'esposizione dell'atteggiamento di depressione passiva per la

sporadicità del suo riscontro in questo ambito, la tendenza alla dipendenza ipervalorizzante è apparsa come la modalità più frequentemente manifestata nel rapporto. Riteniamo significative, a questo proposito, le seguenti considerazioni: da un lato l'immagine pubblica del consultorio familiare è quella di una struttura deputata alla risoluzione di specifici problemi socio-familiari, dall'altro il consulente familiare, che è l'operatore del servizio con cui per primo l'utente si mette in rapporto, si trova ad essere spesso investito del ruolo di «*dispensatore di consigli*», a cui non sempre riesce a sottrarsi proponendo una modalità relazionale meno direttiva e più responsabilizzante.

Anche nell'*ambulatorio aziendale* si è rilevata una modalità di approccio con il consulente improntata alla dipendenza, sia pure con particolari connotazioni. Nella maggior parte dei casi, infatti, si è osservato che questo atteggiamento relativo alla valutazione dell'«esperto in psicologia» è stato assunto dai lavoratori appartenenti ai quadri intermedi e alla fascia dirigenziale. Ciò può essere riferito sia alla propensione per gli interventi tecnico-specialistici in senso lato, propria di un certo tipo di utenza con esperienza lavorativa, sia al vissuto apparentemente non conflittuale nei confronti della grande industria, da cui la fiducia nell'efficienza dei suoi servizi. Ci preme a questo proposito sottolineare come la cosiddetta *fedeltà al lavoro* (ma si potrebbe verosimilmente estendere questa considerazione a tutte le «fedeltà») propria di questa fascia di dipendenti, nell'ottica della psicologia individuale possa essere interpretata come una modalità non sempre adeguata di realizzazione della propria volontà di potenza sottesa dalla identificazione della grande industria come espressione di potere.

I modelli socio-culturali cambiano ma potremmo dire che l'essere fedele e adoperarsi per la realizzazione degli intenti perseguiti dall'azienda di grossa portata significa, in qualche modo, far parte della «corte» che si articola intorno a un «potere sovrano» e tende ad appagare il desiderio di appartenenza a un gruppo elitario.

* * *

C) *Atteggiamento manipolativo* improntato all'ossequio o al vittimismo, verbalizzato come: «Lei che sa queste cose deve aiutarmi, sono in questa situazione perché mi ci hanno messo ecc.». Questa modalità di approccio sottointende una resistenza talvolta consapevole, più spesso inconscia, a un rapporto collaborativo in cui l'interlocutore tende ad essere utilizzato per il raggiungimento di mete fittizie.

Questo è stato osservato nei pazienti dell'*ambulatorio psichiatrico* caratterizzati da una struttura nevrotica di personalità con salienze isteriche. In particolare si è riscontrato essere l'atteggiamento più frequentemente assunto dai *ricoverati in reparto di rianimazione* in seguito a *tentativi anti-conservativi di tipo dimostrativo*. Occorre osservare a questo proposito che la visita psichiatrica, assunta a prassi in previsione della dimissione, viene spesso recepita come «fiscalizzata», cioè come una specie di controllo o comunque come un accertamento da cui dipendono i successivi

provvedimenti nei confronti del paziente. Inoltre lo psichiatra, in questo contesto, si presta ad essere individuato come un ipotetico tramite, particolarmente attendibile, di messaggi rivolti a coloro cui era indirizzata la protesta e/o la richiesta di interessamento rappresentata dallo stesso tentativo anticonservativo. Tutto ciò può contribuire a rafforzare una tendenza all'ipercompensazione negativa già così manifestata in questi soggetti.

Nella *scuola*, come nel *consultorio familiare*, l'atteggiamento manipolativo si è osservato in soggetti che si prefiggevano l'utilizzazione del nuovo servizio per il raggiungimento di mete ben precise: iscrizione alla scuola materna o al tempo pieno di bambini esclusi dalle graduatorie, modificazioni di scadenti condizioni ambientali, concessioni di sussidi, sistemazione di familiari scomodi ecc. Ciò dipende in parte da un più vasto problema socio-culturale (quello che potremmo chiamare la tendenza così palese all'accattonaggio propria di certi strati della nostra attuale società) ma anche dalla configurazione assunta da questi tipi di servizi che in più occasioni si è prestata a questa utilizzazione.

Nell'*ambulatorio di fabbrica*, per quanto riguarda la nostra esperienza, quest'ultimo atteggiamento può essere considerato come il *prevalentemente assunto dall'utenza* senza distinzione sia del settore operaio che impiegatizio. Ciò è verosimilmente in rapporto con l'osservazione che le motivazioni, verbalizzate o no, che sottendevano il ricorso alla visita di consulenza neuropsichiatrica, sia su richiesta individuale che su indicazione del medico di fabbrica, erano costituite fondamentalmente da problemi di inserimento lavorativo. Questo servizio tendeva così ad essere utilizzato allo scopo più o meno manifesto di ottenere un posto di lavoro più soddisfacente, per cui la finalità dell'organizzazione veniva ampiamente mistificata.

Ritourneremo sull'argomento per darne un'ulteriore esplicazione trattando dell'atteggiamento assunto dagli operatori con cui si era in collaborazione in questo ambito.

* * *

II.

Nel trattare ora del rapporto con gli *operatori*, vogliamo sottolineare come gli atteggiamenti che abbiamo chiamato: di depressione passiva, dipendenza ipervalutante, manipolazione ossequiosa, si siano osservati, con particolari connotazioni, anche nell'approccio con questi.

Si è rilevato che, trattandosi per la più di soggetti meno direttamente coinvolti, *la difesa depressiva* emergeva piuttosto come *scetticismo* o attraverso le *accuse* rivolte alle carenze delle istituzioni sociali, in quanto fornerenti prestazioni degradate e poco suscettibili di cambiamento.

Ciò è stato spesso registrato nei *medici* in relazione per lo più a un vissuto personale nei confronti della malattia psichica considerata come un qualcosa di nebuloso, difficilmente codificabile scientificamente e affrontata con terapie farmacologiche ritenute pericolose o nocive e con mezzi empirici non attendibili.

Nell'ambito della *scuola* l'atteggiamento di scetticismo è apparso soprattutto negli insegnanti meno giovani e poco sensibilizzati culturalmente ai problemi psichici; essi tendevano a vedere il servizio psicopedagogico più una fonte di interferenza che di collaborazione.

Ciò ci pare possa essere messo in rapporto con la perdita di prestigio e con le frustrazioni sperimentate in seguito all'attuazione delle riforme scolastiche degli ultimi anni che hanno indubbiamente stimolato il vissuto di un incremento degli oneri e di perdita di autonomia di gestione.

Segnaliamo che questo atteggiamento non è stato da noi riscontrato, se non occasionalmente, nei confronti *degli operatori con cui si era strutturata la collaborazione*, come con i membri dell'équipe psicopedagogica nella scuola e con i consulenti familiari. Verosimilmente la collaborazione organizzata, che comporta una chiarificazione dei progetti da perseguire, una spartizione dei compiti e delle responsabilità, viene vissuta come rassicurante e quindi induce fiducia.

Tale rassicurazione, qualora non venga ulteriormente elaborata, pur potendo costituire un ostacolo a una successiva maturazione trasformativa, riteniamo possa svolgere una funzione d'incoraggiamento che tiene a bada l'emergenza di difese più regressive che impediscono invece qualsiasi possibilità di progetto.

Ad opporsi al sentimento di pessimismo tra gli *operatori* del servizio di *organizzazione aziendale* è probabile che abbia agito un processo di identificazione con le strutture efficienti che induce fiducia nelle potenzialità dei propri servizi.

Nell'*istituto di riposo* l'atteggiamento scettico e rinunciatario nei confronti dei problemi psichici dell'anziano, per lo più rilevato fra gli operatori, costituisce l'osservazione particolare di un più vasto problema per cui, anche se da qualche tempo le problematiche della terza età attirano un crescente interesse, a tutt'oggi prevale il senso di difficoltà a trovare soluzioni operative piuttosto che una effettiva disponibilità a trasformare un rapporto emarginante in uno riabilitante. Ne è testimonianza il fatto che, anche per la maggior parte delle scuole psicoterapeutiche e psicoanalitiche, l'età avanzata è considerata fondamentalmente come fattore di controindicazione per il trattamento, se non addirittura di esclusione. (Rimandiamo a questo proposito al lavoro di M. Fulcheri: «L'individualpsicologia e gli anziani» in cui si affronta specificatamente questo tema).

L'atteggiamento di *dipendenza con ipervalutazione* del consulente psicologico si è osservato caratterizzare l'approccio con gli *operatori con cui si era strutturata la collaborazione, sia nella scuola che nel consultorio familiare*, come, almeno in una fase iniziale, con i *medici e le assistenti sociali di fabbrica*. Questo apparente atteggiamento di fiducia nelle potenzialità del rapporto collaborativo, determinato in parte dai fattori sopraesposti, sottende in effetti una disponibilità a eseguire compiti a favore degli utenti, piuttosto che ad assumere consapevolezza dei loro problemi. Questi operatori infatti, almeno in una fase iniziale, apparivano come spettatori di qualche cosa che avveniva di fronte a loro e in cui si aspet-

tavano che gli «esperti in psicologia» giocassero la parte attiva fornendo gli opportuni chiarimenti e informazioni.

L'atteggiamento *manipolativo ossequioso* è stato da noi rilevato in due gruppi di operatori:

1) *volontari* che prestavano servizio in consultori pubblici e privati, contattati nell'ambito di gruppi di formazione, in cui il rapporto con il conduttore era improntato alla conferma della validità del proprio operato. Si apre qui il grosso problema del *volontariato*, che oltre ad essere interpretato come un meccanismo di sublimazione, può, nell'ottica adleriana, sottendere spesso una resistenza alla modificazione di uno stile di vita improntato a un eccesso di volontà di potenza.

Così i volontari tendono a proporsi come papà e mamme buoni, manifestando nei confronti degli utenti un atteggiamento come di «adozione», da cui ci si aspetta un riconoscimento encomiativo e una dedizione che si oppone alle possibilità di crescita.

In questa modalità di approccio emerge, a nostro giudizio, più che un effettivo sentimento sociale, che riteniamo fondamentale per l'avvio di collaborazioni positive, un ossequio a un desiderio appropriativo di un «sapere potere».

2) *assistenti sociali e medici del servizio di consulenza neuropsichiatrica aziendale*. Nell'ambito della nostra esperienza, in questo settore, è stata rilevata una significativa modificazione degli atteggiamenti emergenti nel rapporto con lo specialista; da una fase iniziale caratterizzata dalla dipendenza valorizzante, a una successiva di più o meno consapevole tendenza alla manipolazione.

Ciò riteniamo sia dipeso dalla *involuzione* che i servizi di psicologia applicata all'industria hanno subito negli ultimi anni.

Si è infatti assistito a un graduale cambiamento dell'identità di questi, che, nati inizialmente con finalità preventive nell'ambito di un progetto di igiene e profilassi, sono andati trasformandosi in strumenti per ottenere una maggiore efficienza e produttività.

* * *

Per affrontare gli aspetti segnalati riguardanti le difficoltà dell'approccio e del rapporto negli ambiti istituzionali in cui si sono svolte le esperienze, riteniamo presupposto fondamentale la *formazione psicodinamica del consulente psicologico-psichiatrico*.

Ciò è necessario per la presa di coscienza delle resistenze ad apportare mutamenti nei propri stili di vita emergenti nelle condotte degli utenti e degli operatori, ma che possono riguardare il consulente stesso. Infatti solo sulla base di una adeguata formazione psicologica personale quest'ultimo può evitare o di essere coinvolto nello stesso immobilismo depressivo che abbiamo segnalato emergere frequentemente a livello istituzionale (espresso per esempio aderendo all'attacco alle inefficienze delle strutture), o di

accettare il conferimento di un potere in quanto detentore del sapere e degli strumenti più o meno magici di risoluzione dei problemi, o di sentirsi attaccato dalla manipolazione e cadere in un atteggiamento di scontro per timore dell'esautorazione.

A ciò può essere contrapposto, nell'ottica adleriana, un atteggiamento di solidarietà per quanto riguarda le problematiche degli utenti e gli oneri degli operatori, ma contemporaneamente di sensibilizzazione sul fatto che, come ha fatto rilevare Castello in un suo recente lavoro sull'analisi di iniziative sociali: «esistono indubbiamente difficoltà pratiche, disomogeneità culturali ed ideologiche, carenze ed emergenze economiche, legislative ed organizzative, ma la ipervalutazione delle difficoltà lascia poco spazio alla maturazione del sentimento sociale e della solidarietà fra i gruppi e fra gli individui».

È possibile altresì promuovere la consapevolezza che condizione fondamentale per qualsiasi progetto maturativo è la reciproca verifica nella situazione nuova, la collaborazione operativa, l'accettazione dei limiti, la spartizione delle responsabilità, in modo da permettere, attraverso una effettiva maturazione, il raggiungimento di mete adeguate nel senso utile della vita.

La psicologia individuale, sia per i suoi presupposti teorici che per gli strumenti operativi, riteniamo si presti particolarmente ad essere utilizzata per affrontare alcune delle problematiche psico-sociali emergenti a livello istituzionale.

In particolare di fronte sia al problema della eterogeneità dei pazienti sia dell'impossibilità di operarne una selezione nei servizi psichiatrici pubblici, ci pare offra la possibilità di una modulazione del rapporto terapeutico in un'ampia gamma di interventi.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ACCOMAZZO R., FULCHERI M.: « La psicoterapia analitica adleriana come indagine e revisione di modalità relazionali nelle prospettive del recupero del sentimento sociale », Atti del XIV Congresso della Società Italiana di Psicoterapia Medica, Firenze, 1980.
- 2) ADLER A.: « Il temperamento nervoso », Newton Compton, Roma, 1971.
- 3) ADLER A.: « Psicologia individuale e conoscenza dell'uomo », Newton Compton, Roma, 1975.
- 4) ANSBACHER H.L. e ANSBACHER R.R.: « The individual psychology of Alfred Adler », Basic Books, New York, 1956.
- 5) BALINT M.: « Medico, paziente e malattia », Feltrinelli, Milano, 1961.
- 6) CASTELLO F.: « La psicologia individuale come strumento di verifica di iniziative sociali - Considerazioni analitiche sulla riforma sanitaria », Rivista di Psicologia Individuale, anno 9, n. 14, 1981.
- 7) CORSINI R. e Coll.: « Current personality theories », F.E. Peacock Publishers Inc., Itala, Illinois, 1977.
- 8) DINKMEYER D. e DREIKURS R.: « Il processo di incoraggiamento », Giunti e Barbera, Firenze, 1974.
- 9) ELLENBERGER H.T.: « La scoperta dell'inconscio », Boringhieri, Torino, 1971.
- 10) FAIRBAIRN W.R.D.: « Una completa teoria delle relazioni oggettuali della personalità ed interazione umana » (Guntrip H.), Boringhieri, Torino, 1977.
- 11) FULCHERI M.: « La psicologia individuale e gli anziani », Rivista di Psicologia Individuale, anno 8, n. 13, 1980.
- 12) LANGS R.: « La tecnica della psicoterapia psicoanalitica », Boringhieri, Torino, 1979.
- 13) MAROCCO MUTTINI C.: « A proposito di una esperienza di gruppo eterocentrata », Rivista di Psicologia Individuale, anno 9, n. 14, 1981.
- 14) NAPOLITANI D.: « Le posizioni relazionali nel gruppo in rapporto agli investimenti narcisisti ed oggettuali », in « Therapy in psychosomatic medicine », Atti III Congresso Mondiale ICPM, Roma, 1975.
- 15) PARENTI F. e PAGANI P.L.: « Protesta in grigio - Nel labirinto della depressione », Editoriale Nuova, Milano, 1980.
- 16) PARENTI F., ROVERA G.G., PAGANI P.L., CASTELLO F.: « Dizionario ragionato di psicologia individuale », Cortina, Milano, 1975.
- 17) ROVERA G.G. e Coll.: « Individual-Psicologia, Antropologia Culturale e Transculturalismo », Rivista di Psicologia Individuale, anno 6, n. 9, settembre 1978.
- 18) ROVERA G.G.: « La individual-psicologia: un modello aperto », Rivista di Psicologia Individuale, anni 4-5, nn. 6-7, 1977.
- 19) RUSCONI S.: « I processi di identificazione all'addestramento psicologico » in Luban Plozza, Antonelli F.: « Introduzione ai gruppi Balint », Ed. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1975.
- 20) SAPIR M.: « La formazione psicologica del medico - Da Balint ad oggi », Ed. Etlibri, Milano, 1975.
- 21) SCHAFFER H.: « La psychologie d'Adler », Masson, Parigi, 1976.
- 22) TEDESCHI C.: « Elementi di psichiatria dinamica », Il Pensiero Scientifico, Roma, 1974.
- 23) WOLMAN B.L. e Coll.: « Manuale delle tecniche psicoanalitiche e psicoterapeutiche », Astrolabio, Roma, 1974.