

FEDE SARTORIS CHICCO - BRUNO VIDOTTO

INTEGRAZIONE DI DUE FORME DI TERAPIA
ORIENTATE IN CHIAVE ADLERIANA
NEL TRATTAMENTO DI UN BAMBINO PSICOTICO

PRESENTAZIONE DEL CASO

La relazione esamina il duplice trattamento psicologico di un bambino psicotico. È il caso di un soggetto, attualmente preadolescente di 12 anni, seguito da cinque anni, prima con trattamento di tipo psicomotorio e poi di tipo ludico verbale, entrambi condotti da operatori adleriani, il primo sul territorio, il secondo in un centro privato.

È una storia clinica in cui sono presi in considerazione non solo la descrizione sintomatologica, con relativa diagnosi, ma anche l'evoluzione del caso e gli aspetti psicodinamici che hanno permesso un notevole ricupero.

ANAMNESI

N. nasce in una città dell'Italia del Nord nel 69. È primogenito di due figli, una sorellina ha due anni meno di lui. L'ambiente socio-culturale è carente anche se economicamente con non troppi problemi. Nasce dopo gravidanza a termine, ma con un lungo travaglio nel parto. Pesa alla nascita 2800 grammi. Non si segnala asfissia neonatale. Viene allattato al seno per tre mesi, ma «in seguito a uno spavento dovuto a un cane» la madre verbalizza che «non ha più latte». Vi sono problemi di svezzamento all'età di 12 mesi.

La madre asserisce di non averlo mai visto sorridere né reagire quando ella si allontanava. A un anno e mezzo il bambino pronuncia le prime parole e contemporaneamente inizia la deambulazione; raggiunge il controllo sfinterico sia diurno che notturno verso i due anni.

Il bambino abita con i genitori sino all'età di sei mesi, poi fino ai due anni viene affidato alle cure di una zia materna e della nonna paterna. In questo periodo si verificano frequenti liti fra genitori e i nonni paterni, soprattutto fra la madre e la nonna, perché quest'ultima vorrebbe tenere sempre con sé il bambino.

Con la nascita della sorellina la famiglia si trasferisce in un piccolo paese di campagna.

Poco tempo dopo la nascita della sorellina il bambino viene ricoverato per circa un mese in un reparto di Neuropsichiatria Infantile per sospetta epilessia: tale notizia viene fornita dalla madre; la diagnosi non risulta confermata.

A cinque anni inizia a frequentare una scuola materna privata nel piccolo paese dove la famiglia si è trasferita. La madre riferisce che il bambino va volentieri e ha un buon rapporto con la Suora Direttrice. Scarsi risultano invece i rapporti con i compagni. Ha la «mania» delle «cose rotonde», ne tiene sempre una con sé; di preferenza è un disco, e, se gli viene tolto, dà in escandescenze. Mangia tutto ciò che gli viene a portata di mano; si ritira dai compagni e gioca da solo con il suo oggetto.

A quattro anni viene nuovamente ricoverato in un Reparto di N.P.I. e viene formulata diagnosi di psicosi infantile con modalità di tipo autistico. È ricoverato ancora per controllo l'anno seguente, a cinque anni e cinque mesi. È sottoposto a E.E.G., a esami psicodiagnostici e psicometrici. Risulta E.E.G. normale, viene confermata la diagnosi di psicosi infantile e viene consigliato ai genitori un trattamento psicoterapico per il bambino.

OSSERVAZIONE COMPORTAMENTALE -

L'«AMBIENTE TERAPEUTICO»

N. viene notato e segnalato all'équipe medico-psico-pedagogica al suo ingresso nella scuola elementare, per il comportamento «anomalo» che mette in crisi l'insegnante. N. tiene continuamente in mano un oggetto rotondo, cammina per l'aula in cerca di un raggio di sole o di una luce da captare o da far riflettere dall'oggetto. A volte esce dall'aula e scende fin sulla strada; mangia i resti delle merende che trova nel cestino della spazzatura, raccoglie da terra e porta alla bocca gli oggetti più svariati.

Comunica con l'adulto, se da questi interessato, per mezzo di monosillabi, il più delle volte incomprensibili, e ricorrendo a costruzioni sintattiche particolari. Le sue possibilità di apprendimento risultano nulle. I genitori, preoccupati che il bambino non possa giungere a normali livelli di apprendimento, si dimostrano disponibili e accettano i consigli della Scuola e degli operatori dell'équipe. Si decide così di sottoporre il bambino a trattamento psicoterapico con tecnica psicomotoria due volte la settimana; i genitori si impegnano ad accompagnarlo alle sedute in un paese vicino a quello della loro residenza. Accettano anche di incontrarsi con la terapeuta una volta al mese per meglio affrontare i problemi relativi al trattamento. Viene anche proposto dagli organismi scolastici il trasferimento del bambino dalla scuola del paese dove risiede alla sede più grande dove già si reca per la terapia, perché qui vi sono maggiori strutture e migliori possibilità di inserimento. Qui ripete la prima classe e viene da questo momento seguito individualmente da un insegnante d'appoggio che collabora con l'équipe.

IL PROGETTO TERAPEUTICO

Il primo progetto terapeutico si propone di portare il bambino a una presa di contatto con la realtà. Si utilizza la tecnica psicomotoria perché si ritiene di dover privilegiare la comunicazione non verbale, favorire tappe precedenti e successivi recuperi, sia con il contatto con il terapeuta che con l'immissione graduale di oggetti nel lavoro terapeutico.

Pur tenendo presenti tutte le dimensioni dell'approccio psicomotorio, viene privilegiata l'importanza della formazione dello schema corporeo. Anche il lavoro psicopedagogico viene iniziato dall'insegnante d'appoggio ricorrendo ad una didattica psicomotoria; prima per brevi periodi, poi per un tempo sempre maggiore; all'inizio fuori dell'aula, poi pian piano con una integrazione totale nel lavoro della classe, resa possibile dalla disponibilità eccezionale anche della insegnante titolare. Lo svolgimento di tale lavoro segue schemi e modelli operativi ispirati alle teorie della psicologia genetica, in particolare piagetiane.

Nel secondo anno di frequenza della scuola elementare (ripete la prima classe) egli impara a leggere e scrivere e riesce in parte a vivere il ritmo della classe. A poco a poco il linguaggio diventa più preciso e comprensibile. Si è stabilita una relazione affettiva con gli adulti che si occupano di lui, mentre con i compagni, anche se da essi viene ben accettato, non riesce a stabilire rapporti sufficientemente validi. Viene privilegiata da lui la relazione con una bambina gravemente subnormale sul piano intellettuale, inserita nella medesima classe. Qualche volta, soprattutto nei momenti di gioco libero, egli si esprime in modo aggressivo e riesce a integrare il rapporto con i compagni solo attraverso la mediazione degli adulti.

L'oggetto privilegiato viene lasciato sempre a sua disposizione; a poco a poco diventa un oggetto di gioco, fino a poter essere lasciato e ripreso nei momenti di maggiore ansia, sovente coincidenti con malattie o problemi relazionali familiari o con l'allontanamento prolungato dall'ambiente terapeutico per le vacanze estive.

LA COSTELLAZIONE FAMILIARE

Le figure parentali, per quanto disponibili, risultano comunque disturbanti. La madre esprime ambivalenza e sentimenti di rifiuto osservabili con palese evidenza, ad esempio nella non cura riguardo all'alimentazione. Il bambino viene assai sovente a scuola senza merenda, a volte presenta sintomi tipo «coliche addominali», a cui i genitori non provvedono con alimentazione adeguata. Anche la cura dell'abbigliamento appare assai carente. Il padre, intellettualmente poco dotato, presenta caratteristiche di personalità di tipo nevrotico; è di scarso aiuto a un buon processo di identificazione per il figlio. È convinto che la patologia del figlio sia di tipo organico, «malattia del cervello», e che non vi sia alcuna possibilità di recupero.

La sorella minore è una bambina intellettualmente normodotata, graziosa e ben curata.

L'ambiente pedagogico-affettivo familiare risulta carente e patogeno sia per il rapporto tra i genitori (litigi, prepotenza paterna) sia per il rapporto con i figli.

Occorre per altro onestamente ammettere che, pur con le loro carenze, i genitori hanno fatto notevoli sforzi per collaborare coi terapeuti.

MOTIVAZIONI PER UNA SCELTA DI TRATTAMENTO

PSICOMOTORIO: DECORSO E RISULTATI DELLA TERAPIA

La decisione di sottoporre N. a terapia psicomotoria viene presa dopo alcune sedute di osservazione che evidenziano quanto segue:

a) il bambino è chiuso in se stesso, non partecipa alla vita sociale, se non entro i limiti dello stretto necessario;

b) è continuamente intento a giocare con il suo oggetto; pare impossibile modificare tale comportamento se non «si entra» prima in questa sua modalità espressiva;

c) non ha ancora acquisito il linguaggio: le parole che pronuncia sono assolutamente incomprensibili;

d) la motricità non è adeguata a quella che risulta «normale» per la sua età; in particolare si evidenzia una globale disarmonia, mancanza di coordinazione nei movimenti, tono muscolare iperteso, mancanza di mimica facciale, mancanza di sorriso, non accettazione del contatto corporeo, disorganizzazione spazio-temporale grave.

Il progetto terapeutico che ne deriva si prefigge di portare il bambino a un rapporto con il reale attraverso il contatto con la terapeuta e con gli oggetti.

L'obiettivo immediato è quello di aiutare N. a interessarsi di oggetti «diversi» dal suo e di condurlo, in un ambiente sereno, a costruirsi uno schema corporeo e a vivere nella sua dimensione spazio-temporale.

Le sedute sono bisettimanali. Per una decina di sedute il bambino «rincorre» la luce per farla passare attraverso l'oggetto oppure cerca di riflettere su altri oggetti rotondi la luce o i raggi del sole. Sembra non accorgersi della terapeuta se non all'inizio e alla fine della seduta. «Entra» volentieri nella sala di terapia, ma non vorrebbe mai andare via. Appena entrato va a cercare l'oggetto e inizia il suo gioco. Col passare del tempo, a poco a poco si accorge degli stimoli introdotti dalla terapeuta. Accetta che ella inizi un contatto fisico e dopo tre mesi di terapia, sempre tenendo in mano il «suo» oggetto, accetta dei contatti corporei mediati; il contatto fisico diretto diventa così possibile rispetto a più parti del corpo.

Al termine dell'anno scolastico, tenendo sempre l'oggetto con sé, accetta e richiede giochi che ricordano momenti di vita familiare, utilizzati dalla terapeuta per lavorare sulla formazione della coscienza del corpo. Si nota pure qualche miglioramento nel linguaggio: il bambino pronuncia alcune parole-frase comprensibili.

La ripresa della terapia (a settembre, dopo le vacanze) è caratterizzata da una maggior varietà di gioco e dall'introduzione di nuovi oggetti. Ora N. posa per qualche momento, in un luogo ben visibile, l'oggetto e poi lo riprende. Il linguaggio si arricchisce e il gioco diventa più significativo. Il transfert con la terapeuta è molto positivo, il bambino attende con impazienza le ore di seduta e sa valutare con precisione, in base a parametri e punti di riferimento del tutto personali, il giorno e l'ora della «seduta».

A volte è adirato e si comporta in modo aggressivo e violento anche con la terapeuta. In tali sedute sovente si masturba: il modo di masturbarsi e le parole pronunciate riproducono scene osservate tra i genitori (si nota che il bambino dorme ancora nella loro camera da letto).

Tre anni di terapia di tipo psicomotorio hanno portato il bambino a un discreto contatto con la realtà, tale da permettergli di vivere una «vita di classe» pressoché normale dal punto di vista relazionale, anche se sempre mediata dall'adulto. Grazie alla collaborazione dell'insegnante di appoggio e di quella di classe, N. è giunto, per quanto attiene l'apprendimento, all'acquisizione della lettura e scrittura e alla soluzione di semplici problemi di aritmetica, utilizzando il ragionamento sul dato concreto.

Crescendo il contatto con la realtà, il bambino avverte la sua «diversità» e la sua incapacità ad apprendere «come gli altri». Il fatto stesso che un insegnante si occupi quasi esclusivamente di lui, tutti i giorni, lo conferma.

Ci pare che tutta la situazione, vissuta come «stato obiettivo di inferiorità», possa venir considerata il corollario di una inferiorità d'organo, con le conseguenze psicologiche che ne derivano.

Un ultimo aspetto vogliamo ancora sottolineare: la posizione di primogenito nella costellazione familiare. Adler («Il bambino difficile») fa osservare come il primogenito-maschio vive spesso come situazione di inferiorità il rapporto con la secondogenita-femmina, perché la bambina si sviluppa in modo diverso e per certi aspetti più velocemente. Tale situazione viene vissuta come un «essere superato» dalla sorella. Nel nostro caso N., maggiore di due anni, è obiettivamente in situazione di inferiorità rispetto alla sorella che, pur non apparendo particolarmente brillante, rientra non di meno nella norma rispetto alla media dei ragazzi frequentanti la nostra scuola. La bambina, sufficientemente graziosa, spigliata e ben curata esteriormente, viene dai genitori continuamente additata come esempio da seguire per il fratello. I profondi sentimenti di inferiorità, le frustrazioni prolungate e le carenze affettive, giustificano i meccanismi nevrotici di compensazione espressi dal bambino sotto forma di aggressività nei confronti della sorella e a volte dei compagni. Lo stile di vita si caratterizza come tendenza al ritiro dalla realtà (con scarsa capacità di socializzazione) oppure come esplosione incontrollata di aggressività. Il comportamento nei confronti delle figure adulte è peraltro molto migliorato: il bambino saluta le persone che conosce per la strada e sa rispondere in modo adeguato a domande semplici.

Dopo tre anni di terapia psicomotoria abbiamo ritenuto giunto il momento di intervenire con altra modalità, avendo il bambino raggiunto la fase verbale e una discreta strutturazione dello schema corporeo e di organizzazione spazio-temporale e della personalità. A questo punto ci parve più adatta una terapia di tipo verbale interpretativo, operante con metodologia di tipo ludico. Particolari esigenze della famiglia hanno aiutato questa scelta; il bambino è così stato inviato a un centro specializzato per continuare la terapia.

IL SECONDO TRATTAMENTO PSICOTERAPEUTICO: DESCRIZIONE SINTOMATOLOGICA E AGGIORNAMENTO PSICODIAGNOSTICO

N. inizia la psicoterapia nel marzo '80 con frequenza di due sedute settimanali.

L'approfondimento diagnostico presenta un soggetto in fase di forte regressione psicotica, anche a causa della forzata interruzione della precedente terapia.

La descrizione sintomatologica e comportamentale evidenzia uno stato morboso grave.

Ora è presente il linguaggio verbale che era quasi del tutto assente all'inizio della prima terapia.

Il bambino usa il linguaggio verbale, ma esclusivamente in chiave «privata» senza alcun valore comunicativo. I messaggi sono spesso strani e incomprensibili, il probabile simbolismo sottostante difficilmente decodificabile. Si alternano, a livello comportamentale, momenti di distacco e apatia a momenti di ansia acuta, a scoppi esplosivi e incontrollati di aggressività che culminano, dopo circa tre settimane, in una crisi delirante acuta. È presente e perdura per lungo tempo uno stato di confusione fra realtà e fantasia. Il rapporto con le figure parentali evidenzia una dipendenza quasi morbosa dalla madre e un timore, che a volte diviene vera e propria paura, nei confronti del padre.

Il transfert con il terapeuta stenta a stabilirsi sia in senso positivo che negativo. Semplicemente il bambino lo tiene lontano da sé, si difende e rifiuta il rapporto vivendo ritirato nel suo mondo di fantasmi, a tratti delirante, ed evita accuratamente ogni contatto corporeo. L'unica comunicazione, in questa fase, consiste nel dare ordini al terapeuta di fare o di non fare questa o quell'altra cosa. Il bambino non risponde alle domande, non esegue le consegne, è oppositivo e negativista, aggressivo e violento nelle sue reazioni. A livello espressivo alterna comportamenti contraddittori: in alcuni momenti la faccia è inespressiva, il corpo rigido, ipertonico, la voce piatta e uguale, in altri vi sono scoppi violenti di aggressività, la voce si articola in molte diverse sfumature appropriate alla «parte» che il bambino recita e vive, si notano ricchezza di movimenti, mimica e gestualità vivaci. A ciò si accompagna la presenza continua, quasi ossessiva,

di automatismi motori, stereotipie, ecolalia e discorsi incomprensibili. A volte N. ride apparentemente senza motivi plausibili. Tende a portare alla bocca o a masticare qualunque cosa gli capiti tra le mani.

Egli evidenzia delle notevoli capacità mimico-espressive (canto, imitazione di personaggi) e a livello grafico (disegno). Nel disegno libero emergono quali temi preferenziali personaggi televisivo-spaziali. Disegna anche animali (cane, topo, lumaca ecc...) attribuendo ai medesimi sentimenti umani di segno per lo più estremo e negativo. I disegni dello «scheletro» sono da riferirsi ad oppositività nei confronti della figura paterna («mi piace», «a mio padre non piace»). L'attività è accompagnata continuamente da automatismi motori delle dita della mano e da un intercalare particolare. Parla molto da solo, spesso in modo incomprensibile. Si evidenzia scarsa aderenza del discorso ai temi trattati nel disegno, disordine esplicito e ideativo. Il bambino passa continuamente da un discorso all'altro.

AMBIENTE E PROGETTO TERAPEUTICO

Il trattamento psicoterapico si svolge in due sedute settimanali di circa un'ora ciascuna. Si aggiunge, alle sedute col bambino, un incontro mensile con i genitori e colloqui, anche più ravvicinati, con l'insegnante di appoggio che lo segue individualmente. Si mantengono inoltre stretti contatti con la Direzione Didattica della Scuola e con le altre insegnanti. Il trattamento privilegia per lungo tempo due filoni essenziali:

a) costituzione di un rapporto di transfert profondo e alternativo al rapporto disturbante e disturbato coi genitori;

b) vista la gravità del caso, si ricorre spesso all'uso di strumenti psicopedagogici che, come noto, rientrano a pieno diritto nella metodologia terapeutica adleriana.

Gradualmente, con lo stabilirsi e l'approfondirsi di un rapporto trasferale positivo, si interviene sempre più spesso (anche in modo «diretto») sul comportamento del bambino, impedendo condotte distruttive, aggressive e autolesive e cercando di sostituirle gradualmente con condotte più accettabili socialmente e più adattate.

Tale impostazione viene concordata e portata avanti anche con i genitori e con l'insegnante di appoggio.

c) Un terzo livello di intervento successivo è teso a promuovere un più corretto contatto con la realtà al fine di strutturare meglio la personalità del bambino e liberarlo progressivamente dalla sintomatologia di tipo «confusionale» (non differenziazione tra realtà e fantasia) e delirante.

Quest'ultima modalità di intervento si prefigge alcuni scopi ben precisi: correggere la dissociazione dei messaggi all'interno del nucleo familiare, portare il bambino a un'integrazione e a una strutturazione della personalità almeno sufficienti per permettergli una migliore socializzazione.

DECORSO DELLA TERAPIA E INTERPRETAZIONE PSICODINAMICA

Pensiamo di poter asserire che, almeno a livello manifesto, pur permanendo in profondità nuclei psicotici, il bambino è progredito e migliorato arrivando a un quadro di nevrosi grave.

Il bambino ha iniziato a frequentare la scuola media, apparentemente senza traumi particolari. È già stato impostato un piano di lavoro e di collaborazione tra terapeuta e Scuola. È stata programmata una serie di incontri mensili con la Presidenza e l'intero Consiglio di classe del bambino, avvenuti regolarmente. Gli insegnanti si sono mostrati disponibili a collaborare e ben disposti nei confronti del bambino che è riuscito a suscitare la loro simpatia. Perdurano inoltre i contatti tra attuale Consiglio di classe e Direzione didattica delle Elementari (soprattutto nella persona della precedente insegnante di appoggio).

Il rapporto del bambino coi genitori è molto migliorato. Dopo un periodo caratterizzato da oppositività nei loro confronti (intorno alla metà dell'anno scorso), legato al progressivo processo di autonomizzazione e integrazione del bambino, il clima familiare è più disteso e sereno.

Il padre è assai più ben disposto nei confronti del figlio. Gioca spesso con lui, ha più pazienza nello spiegargli le cose, lo porta spesso con sé a pescare e in altri luoghi, lo accompagna alle sedute. Gli fa anche spesso dei regali. I risultati della terapia e gli incontri mensili col terapeuta hanno definitivamente scardinato la radicata convinzione paterna che «il bambino è irrecuperabile, perché è malato nel cervello».

La madre, già all'inizio più disponibile, pare assai meno ambivalente e ricca di speranza per il futuro del figlio.

Ambedue i genitori, nonostante i comprensibili momenti di ansia e scoraggiamento, ammettono che il bambino è migliorato nel suo comportamento. Si è riusciti con un lavoro in comune a superare alcuni problemi pratici che paiono interpretabili in chiave di complesso di inferiorità e inferiorità d'organo. Non avvengono più sovente come prima i confronti e paragoni negativi e frustranti con la sorella (che rafforzavano il sentimento di inferiorità del bambino). N. non ha più bisogno di esprimere la sua volontà di potenza ricorrendo a temi deliranti, ma riesce a farsi accettare dagli adulti e dai bambini per quello che è, riuscendo spesso anche simpatico (pur se di difficile carattere in certe circostanze). La probabile connotazione di inferiorità d'organo si manifestava soprattutto grazie ad atteggiamenti «inconsapevoli» dei genitori che facevano apparire il bambino sotto un aspetto stereotipato di «bambino deficiente, diverso e tarato». Il taglio dei capelli, il modo di vestire, la non cura rispetto ad altri simili particolari rafforzavano tale vissuto del bambino sia rispetto a se stesso che rispetto agli altri. Una profonda presa di coscienza da parte dei genitori degli aspetti caratterologici positivi (buona intelligenza pratica, doti di fantasia e creatività ecc.) hanno permesso una valorizzazione del bambino spostando l'asse dell'attenzione dal negativo al positivo. Ora il bam-

bino viene vestito con più cura, il taglio dei capelli non è più quasi a «zero», l'aspetto estetico appare molto più da «bambino normale», sia agli occhi dei genitori che di chi lo osserva.

Essendo stato in parte superato il complesso di inferiorità, legato anche alla suddetta connotazione estetica di inferiorità d'organo, il bambino riesce a esprimere in maniera assai più integrata la sua volontà di potenza e di autoaffermazione. Non ha più bisogno di ricorrere a finzioni comportamentali e ipercompensazioni che l'han condotto all'inizio a una sintomatologia di tipo delirante e confusionale. Si è evidenziata una progressiva capacità di passare dall'azione impulsiva distruttiva o autodistruttiva (acting-out ed acting-in) a una rielaborazione simbolica della stessa. La confusione tra realtà e fantasia non si osserva più (anche se spesso il bambino ha ancora bisogno di numerose e ripetute rassicurazioni a questo riguardo). È stato recuperato un buon rapporto con il mondo esterno e con la realtà (l'ingresso non traumatico in Scuola media lo testimonia). Realtà e fantasia vengono nettamente distinte e il bambino si rende conto, anche verbalizzandolo, che le sue fantasie sono finzioni.

La parola e il linguaggio vengono adoperati ora con significato di comunicazione: rivolge molte domande, è interessato a molte cose nuove e per lui ancora sconosciute, risponde alle domande rivoltegli con sufficiente coerenza e logicità. Permangono ancora tuttavia, in certi momenti, discorsi «personali» ricchi di neologismi.

Gli insegnanti riferiscono che ora N. riesce assai più spesso e per momenti più prolungati a partecipare a giochi e attività di gruppo regolate e organizzate.

Ci rendiamo conto, in conclusione, che al di là dei nostri piccoli meriti di terapeuti, una serie di occasioni e circostanze fortunate e favorevoli ci ha permesso di operare in maniera così vantaggiosa per questo bambino che, ricordiamolo, è progredito da una fase di psicosi con connotazioni di tipo autistico via via verso un'accettazione e presa di coscienza di sé (formazione ex nihilo di un corretto schema corporeo) fino a un'integrazione nella realtà sempre più corretta.

La collaborazione di persone ricche di sentimento sociale, di sensibilità, di capacità di immedesimazione ed empatia (in primo luogo gli insegnanti), ci ha permesso di creare per N. un «ambiente terapeutico totale» (secondo l'espressione di Bettelheim). Ciò ci induce a ben sperare per il futuro del bambino. È un'esperienza particolarmente stimolante e anche «fortunata» e come tale ve la presentiamo, con la speranza che tanti altri bambini sofferenti possano sperimentare anch'essi simili «esperienze favorite anche dalle circostanze».

BIBLIOGRAFIA

- ADLER A.: « Il temperamento nervoso », Newton Compton, Roma, 1971.
- ADLER A.: « Psicologia individuale e conoscenza dell'uomo », Newton Compton, Roma 1975.
- ADLER A.: « La psicologia individuale », Newton Compton, Roma, 1970.
- ADLER A.: « Cos'è la psicologia individuale », Newton Compton, Roma, 1976.
- ADLER A.: « Psicologia del bambino difficile », Newton Compton, Roma, 1973.
- ADLER A.: « La psicologia individuale nella scuola », Newton Compton, Roma, 1979.
- ARIETI S.: « Interpretazione della schizofrenia », vol. I, Feltrinelli, Milano, 1978.
- BETTELHEIM B.: « La fortezza vuota », Garzanti, Milano, 1979.
- BETTELHEIM B.: « Psichiatria non oppressiva », Feltrinelli, Milano, 1976.
- BUCHER H.: « Troubles psycho-moteurs chez l'enfant », Masson, Paris, 1972.
- DEL CARLO GIANNINI G., MARCHESCHI M., PFANNER P.: « Dispense di neuropsichiatria infantile », Quaderni dell'Istituto Medico-pedagogico « Stella Maris », Pisa, 1971.
- DE AJURIAGUERRA J.: « Manuel de psychiatrie de l'enfant », Masson, Paris, 1974.
- FREUD A.: « Normalità e patologia del bambino », Feltrinelli, Milano, 1973.
- FREUD S.: « La psicoanalisi infantile », Newton Compton, Roma, 1971.
- FREUD S.: « Introduzione alla psicoanalisi », Boringhieri, Torino, 1978.
- KLEIN M.: « La psicoanalisi dei bambini », Martinelli, Firenze, 1970.
- PARENTI F. e Coll.: « Dizionario ragionato di Psicologia Individuale », Cortina, Milano, 1975.
- PARENTI F., PAGANI P.L.: « Manuale per l'esame psicologico del bambino e dell'adolescente », Hoepli, Milano, 1971.
- PIAGET J.: « La rappresentazione del mondo nel fanciullo », Boringhieri, Torino, 1973.
- PIAGET J.: « Lo sviluppo mentale del bambino », Einaudi, Torino, 1967.