



Raffaella Magnoli

UN APPROCCIO PSICOANALITICO ALLA TERAPIA DELLA FAMIGLIA

Il pensiero psicoanalitico, nella sua evoluzione, ha prestato un'attenzione via via crescente alle dinamiche interpersonali, a partire dalla relazione tra paziente e analista.

Ciò ha stimolato molti psicoanalisti ad occuparsi della famiglia come luogo di relazioni oggettuali inconscie di cui è importante tenere conto per comprendere in modo più approfondito il significato del sintomo del paziente.

In particolare in questa sede facciamo riferimento al Dottor **Paolo Saccani**, psicoanalista, membro fondatore del Centro Studi di Psicoterapia di via Ariosto a Milano. Egli ha dedicato una parte molto importante del suo lavoro clinico, di ricerca e di insegnamento alla psicoterapia della famiglia e della coppia improntata alla psicoanalisi, avendo trovato, già nel 1975, nell'elaborazione teorica di J. ed A.M. Sandler della relazione d'oggetto come "relazione di ruolo intrapsichico" lo stimolo ad estendere questa comprensione a tutte le relazioni interpersonali.

Si è aperta così la strada ad una tecnica di psicoterapia familiare orientata psicodinamicamente movendosi (sono le Sue parole) "secondo una linea di confine che non ignorava le tecniche cosiddette 'direttive' elaborate e giustificate in contesti diversi da quello psicoanalitico e cercando di definire 'il quando, il come, il perché' sembrava più vantaggioso utilizzare una tecnica anziché un'altra (interpretazioni transferali e dei transferts laterali fra i membri della famiglia, oppure interventi direttivi, paradossali, ecc.).

Il dottor Paolo Saccani ha scelto di trasmettere le sue elaborazioni teoriche e la sua metodologia di lavoro e di ricerca attraverso la formazione di Allievi che prese da subito la configurazione di una Scuola all'interno del Centro Studi di via Ariosto.

Alla Scuola si sono successivamente aggiunte altre occasioni continuative di formazione permanente e di ricerca attraverso l'analisi di casi clinici.

In questa occasione cercherò di illustrare alcuni dei concetti più significativi del lavoro con la famiglia elaborato dal Dr. Paolo Saccani, di cui ho avuto la fortuna di essere allieva a partire dal 1971.

La **terapia della famiglia** è nata dalla necessità di dare risposta ad alcune difficoltà di trattamento individuale riscontrate nella pratica clinica.

Succede infatti che la terapia individuale di un bambino o di un adolescente non dia risultati nonostante gli sforzi del terapeuta. Questo capita molto spesso nel trattamento individuale dei disturbi del cibo, del rifiuto scolastico, delle tossicodipendenze.

Può anche capitare che la terapia individuale del minore si interrompa improvvisamente con una fuga nella guarigione nel momento in cui la sua relazione col terapeuta diventa significativa e produttiva. Possiamo ipotizzare che la crescita del bambino nel processo di separazione-individuazione venga vissuta inconsapevolmente dai genitori come una minaccia all'omeostasi individuale e familiare e ciò rende loro, sempre inconsapevolmente, indispensabile sottrarre il figlio alla terapia.

Capita, ancora, che la richiesta d'aiuto venga sentita ed espressa da un membro della famiglia diverso da chi porta il sintomo: Egli formula il problema dell'altro (figlio, fratello, nipote) in termini spesso critici o giudicanti, non preoccupandosi né mettendo in discussione il proprio modo di funzionare. La persona individuata come problematica, dal canto suo, non vive il sintomo come un problema.



Ci sono situazioni nelle quali i genitori o altri familiari tentano di intromettersi nella terapia del congiunto da cui si sentono esclusi; in tal modo rivelano una profonda ansia di separazione e paura di perderne il controllo, paura però di cui non riescono a farsi carico in prima persona attraverso una richiesta di aiuto per sé.

Può succedere infine che nella famiglia adottiva il figlio, crescendo, mostri aspetti differenzianti non facili da accettare dai genitori oppure sperimenti nuovi conflitti di lealtà avendo curiosità di conoscere la propria storia. Nello stesso modo famiglie ricostituite dopo la separazione della coppia si trovano alle prese con sentimenti, che coinvolgono tutti, relativi al bisogno di definire e conciliare le appartenenze.

C'è infine, a volte, la necessità di accompagnare e sostenere la famiglia che ha al suo interno un membro sofferente di una patologia organica (diabete, handicap, malattia oncologica, ecc.) o psichica grave nella gestione adeguata della malattia del congiunto: Queste situazioni spesso determinano o rafforzano difficoltà relazionali preesistenti.

I punti cardine della ricchissima concettualizzazione teorica di J. e A.M. Sandler a cui facciamo riferimento anche nella terapia congiunta possono essere così sintetizzati:

* i desideri e i meccanismi inconsci di un individuo sono rappresentati intrapsichicamente, in modo descrittivo, da immagini e fantasie inconse in cui il sé e l'oggetto che interagiscono sono rappresentati in particolari ruoli.

* ogni persona tende a mantenere o a ripristinare il **sentimento** di base di **sicurezza e benessere** nella forma sperimentata nella relazione precoce con la madre;

* questo sentimento di sicurezza deriva da una specifica relazione intrapsichica inconscia che l'individuo tende ad attualizzare in forme mascherate attraverso l'**identità di percezione** per raggiungere la quale egli induce attraverso tentativi sottili e mascherati l'altro a comportarsi in quel particolare modo necessario a ripristinare la relazione di ruolo intrapsichico a lui familiare.

L'attenzione di Sandler era rivolta alla relazione terapeutica ed in particolare al controtransfert come adesione inconscia dell'analista all'induzione del paziente. Ma Sandler afferma anche che l'interazione tra paziente e analista *"in gran parte, sebbene non interamente, è determinato da ciò che chiamerò relazione di ruolo intrapsichica che ciascun partner tenta di imporre all'altro..... processo che avviene....nelle normali relazioni oggettuali e anche nei processi di scelta temporanea o permanente dell'oggetto"*.

* Il ripristino del sentimento di benessere e sicurezza può avvenire attraverso il **processo di separazione-individuazione**. Questa è la modalità adattativa più sana, che consente all'individuo di utilizzare le proprie risorse attuali e sperimentare il piacere di funzionare tollerando contemporaneamente il dolore dei propri limiti.

* Non sempre però l'individuo è in grado di tollerare il dolore psichico derivante da tale processo; il sentimento di benessere e sicurezza sarà ripristinato attraverso quella modalità specifica che in altre, precedenti, occasioni ha funzionato: sarà uno dei meccanismi di difesa descritti da A. Freud ma potrà essere anche un **sintomo**.

Nella famiglia si realizza l'incontro tra i mondi rappresentazionali dei vari membri, ognuno con i propri desideri inconsci, ognuno con il proprio bisogno di sicurezza e con le proprie modalità per ottenerlo. Quando



queste modalità sono complementari si determina l'omeostasi, quel denominatore comune nel quale ogni membro della famiglia, a modo suo, si sente al sicuro.

Questa omeostasi familiare naturalmente non è mai stabile ma viene continuamente minacciata e messa in discussione dalla spinta evolutiva dei singoli membri così come da fattori esterni. Nel ciclo evolutivo della famiglia ci sono dei momenti nei quali ciò accade con particolare intensità (ad es. la nascita di un bambino, lo svezzamento, l'ingresso a scuola, la crescita sessuale, l'adolescenza, il matrimonio di un figlio, la malattia o la morte di uno dei componenti, la menopausa, il pensionamento ecc); la soluzione sarà nel caso migliore il raggiungimento di una nuova individuazione nella misura in cui a tutti sia possibile con gratificazione utilizzare le risorse e le caratteristiche positive presenti nella rappresentazione del Sé e della famiglia attuali per tollerare il dolore della separazione dalla rappresentazione del Sé e della famiglia ideali.

Se questo processo ha luogo allora sarà possibile ad ognuno, principalmente ai genitori, il riconoscimento e la conferma dell'Altro (ad es. il figlio) come identità separata da sé, con risorse e limiti che lo differenziano. Ciò è possibile nella misura in cui i genitori hanno di sé una rappresentazione differenziata ed individuata sia all'interno della coppia che rispetto alle proprie figure genitoriali di riferimento. Questo può permettere loro di riconoscere quali sono le parti di sé che essi cercano di confermare attraverso i figli e quali le parti di sé che tendono a proiettare o ad indurre su di loro per non riconoscerle come proprie.

Può capitare, infatti, che uno o entrambi i genitori abbiano inconsapevolmente bisogno di tenere lontano dalla propria rappresentazione di Sé una parte vissuta come troppo dolorosa da accettare, ad esempio la parte bisognosa o dipendente o aggressiva, oppositiva, invidiosa, gelosa, ecc. Egli tenderà inconsapevolmente in modo sottile e mascherato ad indurre qualcuno dei familiari (partner, figlio) ad assumere su di sé questa parte in modo tale che egli possa sentirla come non appartenente a Sé ma contemporaneamente, rimproverandola nell'altro, possa continuare ad identificarsi in essa: è quello che viene definito come **identificazione proiettiva**.

Se il coniuge o il figlio a cui è diretta l'induzione si trova inconsapevolmente nella condizione di trarne vantaggio, in termini di sicurezza e benessere, nel prendere su di sé questa parte indesiderata o temuta dall'altro, allora l'accoglie attualizzando una relazione oggettuale attraverso la quale entrambi realizzano l'omeostasi emotiva.

Possiamo considerare anche il **sintomo** (rifiuto scolastico, anoressia, uso di sostanze psico-attive, ecc.) come soluzione funzionale al mantenimento dell'omeostasi a cui partecipano inconsapevolmente tutti i membri della famiglia.

Ad esempio, lo svezzamento del bambino confronta la mamma con sentimenti di separazione che potranno essere tollerati se, nelle fasi precedenti del proprio sviluppo emotivo, ella ha potuto contare su un attaccamento sicuro alla propria madre ed ha vissuto con piacere non colpevolizzato e con valorizzazione l'emergere della propria parte autonoma. Accanto a lei, anche il marito partecipa all'evento. Egli potrà fornire un valido appoggio alla moglie, condividendo l'accudimento del piccolo e richiamandola alla relazione di coppia e alla ripresa della sessualità, nella misura in cui anche lui potrà contare su un'esperienza di attaccamento sicuro alla propria madre ed abbia vissuto la separazione in modo adattativo. In caso contrario può capitare che egli non riesca a far altro che assistere inerme, identificandosi totalmente al bambino fuso con la madre e quindi rinunciando alla piena relazione coniugale o cercando al di fuori della coppia la soddisfazione ai propri bisogni.

Il bambino, da parte sua, vive il desiderio di protrarre l'allattamento che lo fa sentire al sicuro, accanto alla curiosità di sperimentare nuove sensazioni, nuovi sapori e alla spinta evolutiva determinata dalla crescita, dallo sviluppo dei denti, dalla paura della propria voracità aggressiva, ecc.

Se il dolore connesso alla nuova individuazione è troppo forte per tutti, la relazione confusiva della madre col bambino viene protratta, lo svezzamento rimandato oppure si sviluppa un disturbo dell'alimentazione



attraverso il quale il bambino viene forzato a rinunciare al seno ma, per mangiare, si fa continuamente rincorrere, mangia molto lentamente, mangia e sputa.

L'**intervento terapeutico** è possibile nel momento e nelle situazioni in cui il sintomo o il meccanismo di difesa utilizzato diventa distonico, non è più in grado di assolvere alla propria funzione omeostatica, garantendo sicurezza e benessere.

Se chi vive la distonia è la stessa persona che porta il sintomo sarà praticabile la terapia individuale. Se, invece, chi non tollera più questa soluzione è una persona diversa da chi porta il sintomo la strada percorribile sarà quella della terapia congiunta.

Il sintomo può diventare diatonico per diversi motivi; Per esempio quando l'abbandono della scuola da parte del figlio suscita nei genitori sentimenti di vergogna e di inadeguatezza, così come capita nei casi di denuncia dell'autorità giudiziaria per atti vandalici, piccoli furti, uso di sostanze stupefacenti.

Non di rado capita che la famiglia si attivi nella richiesta di aiuto nel momento in cui qualcosa o qualcuno al suo interno dà cenni di modificazione: il sintomo del figlio sta recedendo o qualcuno sta abbozzando una nuova individuazione. In questo caso la richiesta manifesta "ci aiuti a far tornare A a scuola" può essere diversa dalla richiesta latente ed inconsapevole "ci aiuti a far tornare tutto come prima".

A questo punto può essere utile trarre spunto da un paio di casi clinici per comprendere meglio i concetti espressi.

Anna, una ragazza di 13 anni quando i suoi genitori hanno chiesto aiuto, aveva sviluppato da diversi mesi una fobia della scuola che si era immediatamente estesa ai locali affollati, alla strada, al rapporto coi compagni e che l'ha portata ad interrompere la frequenza della scuola ed a restare chiusa in casa con loro. Anna è figlia unica, la madre si era ripromessa di mettere al mondo un altro figlio nel momento in cui Anna fosse cresciuta e precisamente le aveva promesso un fratellino dopo la Prima Comunione.

Il giorno della cerimonia, in chiesa, senza che Anna si accorgesse di nulla, la madre subisce un ictus che esita in grosse difficoltà di deambulazione, di uso delle mani e di articolazione del linguaggio.

Il padre di Anna, molto servizievole, si mette completamente a disposizione della figlia e della moglie che in questo frangente accentua tratti depressivi ma anche di dispotismo e di utilizzazione vittimistica dell'evento subito.

Anche la nonna materna e il nonno, di recente pensionato, si attivano, spostandosi quotidianamente dalla parte opposta della città per occuparsi della figlia in un modo che li pone come se fossero i genitori di tre figli, questo irrita molto Anna che non tollera che i nonni sostituiscano l'autorità dei suoi genitori.

La madre di Anna ha iniziato un trattamento individuale nel quale, però, invece di occuparsi della perdita della propria rappresentazione di Sé sana e del suo profondo dolore di vivere in una condizione di disabilità sembra solo soffrire del fatto che la figlia non fa questo, non fa quello.....

La stessa Anna è stata inviata da una giovane terapeuta individuale che però è stata subito osteggiata dalla madre che vedeva in lei una rivale pericolosa, promotrice di autonomie intollerabili per lei. Anna raccontava alla madre quello che la terapeuta le diceva e la madre squalificava puntualmente la terapeuta disconfermando ogni sua parola.

Naturalmente possiamo comprendere quanto Anna si sentisse in conflitto ad aderire agli stimoli di crescita e di individuazione provenienti dalla sua terapeuta che la facevano sentire una traditrice nei confronti della propria madre e a rischio di perdere la sicurezza derivante da un rapporto confusivo con lei, rapporto che contemporaneamente la spaventava moltissimo. Quindi, il poter attribuire con rabbia alla madre l'ostilità e la sfiducia verso la terapeuta le ha permesso di sottrarsi alla terapia senza troppi sensi di colpa.



A quel punto la terapeuta della madre, impossibilitata a lavorare sul mondo interno della signora, proponeva una consultazione familiare a cui sono stati invitati anche i nonni materni.

Nel lavoro con la famiglia è stato possibile evidenziare come il sintomo di Anna abbia permesso a tutti di tenere lontani dei penosissimi sentimenti di perdita che ognuno vive in questo specifico momento del ciclo vitale della famiglia.

Il nonno può dimenticare per un po' il senso di invecchiamento e di precarietà in cui versa dovendosi occupare, insieme alla moglie, della figlia e della nipote come un giovane padre di famiglia. La nonna si sente nuovamente, anche se dolorosamente, indispensabile e anche se ciò le pesa può evitare di stare tutto il giorno con un marito che fino a poco tempo fa passava la maggior parte del tempo al lavoro e che invece, a casa, si annoia, si impiccia. Brontola, non sa cosa fare.

La mamma viene protetta dal dolore di dover riconoscere che non è più la donna sana ed autonoma di prima dell'ictus e dall'invidia nei confronti di Anna che è all'inizio della sua vita, ha appena avuto il menarca, comincia a prendere le sembianze adulte ed ha davanti la possibilità di fare tutte le scelte per il futuro.

Il papà trova conferma in Anna della necessità di rinunciare ad ogni scelta individuale di autonomizzazione e contemporaneamente rinforza inconsapevolmente in Anna questa necessità di rinuncia.

Già prima dell'ictus la mamma non tollerava che Anna si separasse da lei: In occasione di una malattia infantile l'aveva tenuta nel lettone, trattenendola anche successivamente, con la connivenza del marito.

Dopo l'ictus questa pratica è diventata ancor più necessaria a tutti: ad Anna come assicurazione rispetto ai propri sentimenti aggressivi e di perdita della madre, al marito come occasione decolpevolizzata di evitamento dell'intimità con una donna non più desiderabile sessualmente, alla moglie che non tollerava di vedere in Anna una figlia grande, differenziata, con parti di sé non condivisibili e non raccontabili alla madre. Nella famiglia tutte le differenziazioni cadono, da quelle generazionali a quelle di genere a quelle tra sani e malati. Il papà fa il bagno, lava la testa, mette in piega i capelli sia alla moglie che alla figlia. Non esistono diversificazioni nei compiti da svolgere in casa né nel potere decisionale, perché sarebbe troppo doloroso riconoscere la cronicità della malattia della mamma. Restando a casa Anna spia la mamma come autorizzazione a crescere anche se la mamma non progredisce.

Scopo della terapia della famiglia è dare significato al sintomo in modo da favorire in ognuno l'assunzione su di sé della propria parte del problema cominciando ad accettare le diversità, a riconoscere le caratteristiche individuali di personalità, di ruolo, di genere, di generazione che sono alla base del processo di separazione-individuazione.

Ciò ha permesso alla mamma di ritornare alla terapia individuale cominciando ad occuparsi di sé e tollerando un po' di più che Anna possa avere alcune cose tutte sue, come la terapia individuale, inizialmente, poi alcuni segreti, quindi la ripresa della relazione con qualche compagna, la personalizzazione e successivamente la ripresa di possesso della propria camera da letto, poi la ripresa degli studi.....

Anche il papà ha cominciato a fare qualcosa per sé, pur mantenendo una forte posizione di supporto per la moglie e sostenendo la crescita di Anna.

Ognuno ha dovuto prendere dentro di sé la propria quota di dolore; anche i nonni hanno dovuto sentire la loro presenza utile ma non indispensabile e con sollievo hanno potuto iniziare a dosare le loro visite.

Anna, in particolare, ha ripreso, seppure tra forti conflitti, col supporto della terapia individuale, il suo percorso evolutivo riuscendo a riprendere con fatica ma brillantemente la scuola e abbandonando via via le fobie dei mezzi e dei locali pubblici.

Il secondo caso è trattato dalla Psicologa di un Ser.T. che lo porta in supervisione.

Il papà di Alessandro (40 anni, dirigente di un'azienda di cui è socio con i fratelli) ha abbandonato "sul lastrico" la moglie (40 anni, diploma superiore) e i figli, Alessandro (16 anni) e Andrea (15anni), cinque anni fa.



Già alle elementari Alessandro era definito un bambino “esuberante e oppositivo” da Marcello Bernardi, a cui era stato portato in consultazione.

Alle medie, in concomitanza con la separazione dei genitori, sviluppa una fobia della scuola che lo porta ad interrompere gli studi. La madre reagisce alla separazione con acute crisi depressive che la portano a tentare il suicidio ed in questa situazione Alessandro assume su di sé il ruolo genitoriale di sostegno alla propria madre che, a sua volta, aveva vissuto profondi sentimenti abbandonati nella primissima infanzia. Le cose si modificano in questi ultimi anni: entrambi i genitori iniziano una relazione con un nuovo compagno. La madre ha da tre anni una relazione da cui è nata Nicole (2 anni e mezzo), nello stesso periodo Alessandro comincia a frequentare in discoteca amici che usano sostanze stupefacenti e che lo iniziano all'uso della cocaina.

La situazione si deteriora notevolmente fino a quando alcuni spacciatori picchiano Alessandro davanti alla madre, ricattano la compagna del padre e la tamponano in automobile. A questo punto il padre si decide ad intervenire, paga agli spacciatori i debiti di droga di Alessandro e lo prende con sé. Al mattino lo porta con sé in azienda dove Alessandro impara a lavorare; di sua iniziativa il ragazzo si iscrive e frequenta con buoni risultati il corso serale delle 150 ore ed un corso di tennis proponendosi di partecipare addirittura ad un torneo.

Ci si chiede ragionevolmente: dove sta il problema?

E' Silvia, 28 anni, la seconda moglie del padre, che si è molto prodigata negli ultimi mesi nel promuovere le risorse di Alessandro insieme al marito, a rivolgersi al Ser.T. per chiedere che il ragazzo venga inserito in una Comunità.

Silvia rimprovera ad Alessandro di far finta di lavarsi, di cenare sul divano e nascondere il piatto sporco sotto, di nascondere gli slip sporchi nella biancheria pulita e altro ancora.

Questo ci fa capire come Silvia si possa essere sentita spaventata all'emergere della sessualità di questo adolescente. Ci aiuta ancora di più il venire a conoscenza del fatto che Silvia è al 5° mese di gravidanza.

Questa è una situazione ricorrente nelle famiglie ricostituite. Alessandro per anni ha accettato l'induzione ad esprimere per conto dei suoi genitori e del fratello l'inquietudine, l'ansia, la ribellione per la perdita della rappresentazione di famiglia unita e benestante, la rabbia verso il papà forte ma prepotente, l'identificazione con la madre debole, vittima ma anche desiderosa di farla pagare al marito per interposta persona.

Ha rinunciato alla propria individuazione per saturare il bisogno della mamma di sostituirlo al papà ed ha lasciato al fratello il ruolo di figlio narcisisticamente appagante che Andrea ha accettato di buon grado attualizzando per conto dei genitori e di Alessandro la rappresentazione di Sé adeguata ma scissa dagli aspetti inadeguati e fallimentari utilizzati per conto di tutti da Alessandro.

La nuova relazione della madre e la gravidanza che ne è la prova inequivocabile fanno sentire Alessandro abbandonato e tradito, lo portano a cercare sicurezza nel gruppo di coetanei utilizzando sostanze e modalità che provocano un riavvicinamento preoccupato, controllante e colpevolizzante della madre.

Questa però è in conflitto perché attraverso Nicole sta realizzando una nuova individuazione, più valorizzata, ma che stenta a conciliare con quello che Alessandro le rimanda della propria rappresentazione di Sé precedente.

Contemporaneamente, anche il padre sta mettendo in luce una rappresentazione di Sé nuova, più matura, riparativa e capace di porsi come modello di individuazione per Alessandro. Ciò lo gratifica, così come valorizza Silvia il porsi, lei ancora così giovane, come adulta, capace, nel rapporto con Alessandro.

Finché la gravidanza le pone lo stesso dilemma vissuto dalla mamma di Alessandro: come può conciliarsi il nuovo nucleo familiare in formazione, espressione di una nuova individuazione, con i rappresentanti del nucleo familiare precedente che vivono bisogni evolutivi e fantasie sessuali che possono turbare il desiderio di occuparsi solo del bambino che sta per arrivare?

La tentazione è l'espulsione.



In questa situazione l'aiuto si è espresso in diversi incontri familiari nei quali è stato possibile riconoscere e definire le diverse famiglie, reali o fantasmatiche, attuali o passate, alle quali Alessandro e Andrea appartengono, quelle delle quali non fanno parte in maniera continuativa, quella che non esiste più. Ciò è servito anche ai genitori perché possano vivere senza troppi sensi di colpa le nuove relazioni e lo spazio e le energie da dedicare ai nuovi nuclei senza che ciò richieda l'espulsione di Alessandro e di Andrea.

Inoltre, l'evidenziazione delle parti adeguate e capaci di Alessandro ha lasciato in un primo momento disorientato Andrea ma gli ha permesso immediatamente dopo di accogliere con sollievo anche i propri limiti.



Bibliografia

- Bertrando P., Toffanetti D. (2000), *Storia della terapia familiare*, Raffaello Cortina 2000.
- Fonagy P., *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina
- Framo J. (1992), *Terapia intergenerazionale*, Raffaello Cortina 1996.
- Freud A. (1961), *L'io e i meccanismi di difesa*, Martinelli 1967
- Freud A. e altri (1977), *L'aiuto al bambino malato*, Boringhieri 1987.
- Kernberg O. (1995), *Relazioni d'amore*, Raffaello Cortina 1995.
- Mahler M. (1975), *La nascita psicologica del bambino*, Boringhieri 1978.
- Minuchin e coll. (1978), *Famiglie psicosomatiche*, Astrolabio 1980.
- Mitchell S.A. (1988), *Gli orientamenti relazionali in psicoanalisi*. Bollati Boringhieri, 1993.
- Sandler J. (1976), "Controtransfert e risonanza di ruolo". In : Albarella C., Donadio M. (a cura di), *Il controtransfert*, Liguori ed. 1998.
- Sandler J., *La ricerca in psicoanalisi*. Boringhieri 1980
- Sandler J., Dare C., Holder A., (1973), *Il paziente e l'analista*. Boringhieri 1974.
- Sandler J. (a cura di), *Proiezione, identificazione, identificazione proiettiva*. Boringhieri 1988.
- Sandler J. e A.M. (1988), *Gli oggetti interni- una rivisitazione*. Franco Angeli 2002.
- Selvini Palazzoli M., *L'anoressia mentale*. Feltrinelli 1973.
- Selvini Palazzoli M. e coll., *Paradosso e controparadosso*. Feltrinelli 1973.
- Selvini M. e coll., *I giochi psicotici nella famiglia*. Raffaello Cortina 1988
- Stern D., *Le interazione madre-bambino*. Raffaello Cortina 1988.