

LA CURA: TRA COMPLIANCE E ATTO DI FORZA.

L'INTERPRETAZIONE AGITA

Nicola Lalli © 2006 su web

Il processo psicoterapico si basa su due azioni fondanti e strutturali: il *prendersi cura* ed il *curare* (N. Lalli,1991).

Il prendersi cura fonda la stabilità e quindi aumenta la compliance, mentre il curare rende possibile il cambiamento. In termini tecnici possiamo affermare che il prendersi cura, che nasce dall'empatia, struttura il *setting*, mentre il curare, che proviene da una valida teoria e da un'adeguata dimensione controtransferale, struttura l'*interpretazione* che è lo strumento fondamentale del cambiamento.

Cominciamo con l'esaminare l'empatia, come è utilizzata in ambito psicoterapico e perché, come ho affermato, struttura il setting.

Sicuramente l'empatia occupa un ruolo centrale nel processo psicoterapico, come è stato riconosciuto da numerosi autori (Kohut, Friedman, Emde etc.). Essa può definirsi come «...una forte ed universale predisposizione biologica che permette al bambino l'interiorizzazione delle esperienze relazionali e struttura il nucleo delle rappresentazioni di Sé e degli altri» (R. Emde, 1980).

L'empatia, quindi, rende possibile la strutturazione dell'Io del bambino nell'ambito di relazioni interpersonali valide ed empatiche.

Ma perché questo si verifichi è necessario che ci sia “...*non solo un clima di intimità (ovverosia un'atmosfera di coinvolgimento, fiducia e disponibilità emotiva) ma anche condizioni che rendano possibili nuovi scambi ed esplorazioni.* A questo livello una madre può essere molto vicina affettivamente al proprio bambino e molto partecipe, ma nello stesso tempo ella deve predisporre per lui il tipo di ambiente necessario perché egli si senta sicuro e spinto verso un più elevato livello di sviluppo, in modo sufficiente e non eccessivo” (Emde R.).

Un concetto analogo era stato affermato da Vygotsky L.S. già nel 1934.

L'empatia non va confusa con il banale, quanto a volte pericoloso, *maternage*, che viene stimolato da pazienti che presentano intensi bisogni simbiotici e fusionali dovuti ad una situazione di vuoto interiore.

Essi sono portati a richieste continue e pressanti onde sopperire quel vuoto interiore che spesso è vissuto come effetto di un possibile furto: non infrequenti in questi pazienti sogni ricorrenti di essere derubati.

L'empatia, come dicevo, permette, in un clima di sicurezza, l'interiorizzazione (non l'identificazione) delle esperienze relazionali. Ma perché questo accada è necessario che: "...le identificazioni transitorie che hanno luogo nell'ambito empatico richiedono un momentaneo senso di unicità con l'altro, seguito da un senso di separatezza, necessario perché possa essere d'aiuto" (Emde R.).

Prima di procedere è necessario sottolineare che i concetti di interiorizzazione e di identificazione non sono equivalenti: c'è una sostanziale differenza tra l'interiorizzazione che è dovuta alla recettività delle qualità dell'altro, e l'identificazione che è dovuta ad una introiezione di parti negative dell'altro a causa di un deludente comportamento dell'Adulto Significativo. Nel primo caso, invece, le modalità positive ed empatiche dell'Adulto Significativo nel prendersi cura del piccolo, stimolano una sempre maggiore e più adeguata capacità alla separazione (vedi N. Lalli, "Le separazioni: momento privilegiato di osservazione nel corso del processo analitico" 1990 – presente sul sito web). E' quindi evidente che il concetto di rapporto, inteso come capacità di scambio, è strettamente legato alla capacità di una valida separazione.

Ho sottolineato, molto sinteticamente, alcune considerazioni della psicologia evolutiva circa il concetto dell'empatia: cosa che ci permette di definirne in modo più chiaro la funzione nel corso del processo terapeutico.

L'atteggiamento empatico del terapeuta deve percorrere l'intero arco della terapia. Ma è fondamentale soprattutto nella prima fase, quella che serve a costituire una *base di sicurezza*.

Questa base di sicurezza deve fornire al paziente un clima rassicurante che gli permette di far emergere la propria ambivalenza e quindi anche il transfert negativo, momento necessario ed inevitabile.

Ritengo che molto spesso la mancata costituzione di questa fase, inibisce l'emergere dell'ambivalenza, creando quella che alcuni autori definiscono alleanza terapeutica, ma che in effetti è semplicemente la gestione di un transfert necessariamente ed esclusivamente positivo. Credo che sia necessario sottolineare che spesso la compliance viene confusa con questa falsa alleanza terapeutica che altro non è che la gestione ed il mantenimento del transfert positivo mediante la suggestione da parte del terapeuta. Mentre l'empatia, che è strettamente connessa con una reale disponibilità, prepara il terreno per l'azione terapeutica sviluppando nel paziente ciò che Erikson nel 1950 definiva "fiducia di base" e quindi rende possibile un'attività di frustrazione con interesse da parte del terapeuta ma anche una ricerca e una possibilità di svincolo dal terapeuta.

"Possiamo dire che la disponibilità emotiva del terapeuta implica non solo tolleranza, ma un incoraggiamento a sperimentare l'incertezza ed un certo grado di ansia, come una esperienza interattiva condivisa allo scopo di incoraggiare l'esplorazione e la possibilità di nuovi orientamenti" (Emde R. 1990).

Comunque per comprendere meglio il concetto di disponibilità ci si può riferire all'osservazione del bambino in particolari situazioni sperimentali. Se questi è posto in una situazione esplorativa che presenta dei pericoli o delle incertezze (per es. il visual cliff) si è notato che egli fissa la madre. Se vi coglie segni di paura o di rabbia il bambino cessa l'esplorazione e si ritira: se scorge segni di rassicurazione, continua nell'esplorazione (Klinnert M.D. 1985).

"Ma non è necessaria una disponibilità totale; è opportuna invece una disponibilità, unita ad una capacità ad accettare e far accettare la separazione. Questi momenti ricordano eventi paradossali emersi dai nostri studi sui bambini, in cui le madri sembrano segnalare una loro non disponibilità emotiva come parte dei loro essere disponibili emotivamente in un più ampio contesto.

Ciò si verifica per esempio se la madre che è molto impegnata in qualcosa come leggere,

preparare il cibo, rispondere al telefono, segnala la propria indisponibilità al bambino con cenni espressivi o con la direzione dello sguardo. Se la relazione è positiva il bambino comprende questi segnali e continua la sua esplorazione con il gioco o con altre attività.

È come se la madre dicesse: “Sarò disponibile tra poco”, oppure “sarò disponibile se veramente hai bisogno di me”. Noi consideriamo questo atteggiamento non come *indisponibilità emotiva*, ma come un differente livello di disponibilità emozionale” (Emde R, 1990).

È quello che Winnicott descriveva nel 1958 come “essere solo in presenza dell’altro” corrispondente a momenti ove il paziente rivive importanti esperienze affettive ed emotive, ed ove il silenzio del terapeuta, diventa una presenza silenziosa, ma rassicurante. Ben diverso dal terapeuta silenzioso per principio e da quello logorroico per problemi personali: ambedue con effetti negativi sulla terapia anche se c’è una notevole differenza, poiché uno gestisce l’assenza, l’altro l’intrusività.

Nell’ambito del lavoro psicoterapico l’empatia può essere definita, quindi, come disponibilità emotiva ed interesse per il paziente, uniti ad una capacità di promuovere l’esplorazione e la crescita.

Numerosi autori hanno sottolineato inoltre come l’empatia abbia a che fare con un atteggiamento di creatività e di gioco. “Non solo essa incoraggia l’esplorazione in presenza di affetti negativi e di ciò che è penoso, ma spinge anche a valorizzare le potenzialità di sorpresa e di altri affetti positivi” (Emde R.).

Già Reik T. nel 1936 sottolineava che la capacità del terapeuta di sperimentare una emozione piacevole di fronte alla sorpresa è fondamentale per motivare l’esplorazione e la scoperta dell’inatteso. Schaefer *fa notare che curiosamente gli affetti positivi vengono raramente riconosciuti come fattori importanti del processo terapeutico, mentre si tende a sottolineare esclusivamente gli aspetti negativi del transfert e le resistenze.*

Rothenberg A. ritiene che la creatività si manifesta oltre che nello specifico dell’interpretazione, anche nell’uso del paradosso, della metafora ed a volte in un senso di calda ironia.

Come l’artista, il terapeuta - dice Rothenberg A.- ama anche il *materiale*” ... sia esso il

problematico racconto di un sogno una manifestazione di resistenza o una formazione sintomatica. Ma egli soprattutto ama il processo evolutivo del paziente”.

“La comunicazione empatica, può essere vista come un atto creativo all’interno della relazione terapeutica; essa condensa una molteplicità di significati, implica un esercizio di tatto ... essa significa anche un incoraggiamento ad esprimere affetto. (Emde R.). È quanto ho sostenuto a proposito di alcune analogie tra il processo psicoterapico e lo sciamanismo. (Lalli N. 1990).

È evidente che tutto questo richiede da parte del terapeuta una estrema sensibilità di regolazione affettiva.

Greenson R.R. sostiene che il terapeuta deve essere in grado sia di sentirsi coinvolto sia di mantenersi distaccato. L’Autore segnala il rischio sia di una inibizione dell’empatia (timore di essere coinvolto), sia un eccessivo coinvolgimento che rischia di essere incontrollato, portando a quello che ho definito come controidentificazione proiettiva del terapeuta. Ovverosia il terapeuta agisce specularmente le dinamiche inconsce del paziente, anziché capirle ed interpretarle (Lalli N.1991).

Ma forse la definizione più esatta di empatia è quella data da Beres D. ed Arlow J.A. (1974) “... una misura della capacità empatica dell’analista consiste nel venire stimolato dalla fantasia inconscia del paziente, quando ancora l’analista non è consapevole né dell’esistenza né della natura della fantasia inconscia del paziente”.

Il prendersi cura – empatia – è fondamentale per il processo psicoterapico – ed a mio avviso – serve soprattutto a strutturare il setting la cui stabilità è essenziale per rendere possibili i cambiamenti e quindi il curare.

Ma cosa intendiamo per setting?

Evidentemente il setting non riguarda esclusivamente le regole ed il mantenimento delle regole del contratto, ma corrisponde allo spazio emotivo che il terapeuta è in grado di lasciare impegnato nei confronti del paziente.

Quindi il setting si manifesta non solo come rispetto delle regole, ma soprattutto come capacità

di memoria e di aspettative del terapeuta nei confronti del paziente. Prima che essere un luogo fisico, il setting è lo spazio mentale riservato a quel paziente.

Ma non solo. Il rapporto tra empatia e setting si evince non solo dalla continuità, stabilità, ma anche da eventuali cambiamenti, funzionali al paziente, che il terapeuta può attuare su base empatica come risulta dal seguente caso clinico.

Una ragazza in terapia da circa un anno e che presenta notevoli problemi di inibizione emotiva e gravi difficoltà nei rapporti interpersonali, arriva con 15 minuti di ritardo. Si scusa dicendo che ha sbagliato “la linea dell’autobus”, poi aggiunge che è rimasta molto impressionata perché sull’autobus ha visto un uomo borseggiare una vecchietta.

Riporta vari episodi inerenti il suo lavoro e si lamenta soprattutto per la sua difficoltà di vivere in un mondo che definisce piatto e grigio.

Quando ormai la seduta è al termine racconta un sogno: “Lei in maglietta e pantaloncini, in un clima molto scherzoso, sta correndo insieme ai colleghi d’ufficio. Ad un certo punto questi si fermano mentre lei prosegue. Arriva in una specie di giardino e qui incontra il direttore: c’è un gran piatto pieno d’uva e di frutta, lei vorrebbe mangiarne un po’ insieme al direttore”. Riferendosi al direttore lo descrive come una persona affidabile e seria.

Anche se il sogno ha un chiaro riferimento di transfert, preferisco fare un’interpretazione più generale.

Le propongo che lei sta ormai vivendo una situazione sicuramente meno bloccata che le permette di muoversi e anche di separarsi dai colleghi d’ufficio. L’incontro con il direttore, persona di cui lei si fida, e la presenza di un piatto di frutta, corrisponde ad un suo desiderio di maggiore intimità. La paziente reagisce affermando che non ha mai pensato di voler avere rapporti sessuali con il direttore. Le sottolineo che intimità non vuol dire necessariamente avere rapporti sessuali: ma come al solito questa sua affermazione-negazione, mi permette di aggiungere qualcosa e di approfondire. E’ vero che lei dice di fidarsi degli uomini (il riferimento è al direttore ed al terapeuta ovviamente), ma in effetti persiste la sua ambivalenza come si evince dal racconto del ladro che

rubava le cose ad una vecchietta, episodio che corrisponde ad una sua immagine di essere vuota (perché derubata) e vecchia.

Il sogno mi era stato comunicato e forse non a caso alla fine della seduta: avrei potuto chiudere la seduta e rimandare l'interpretazione alla prossima. Ma recuperare i 15 minuti (necessari per l'interpretazione del sogno) del suo ritardo iniziale comunicava una situazione molto precisa: evitare di frustrare un suo desiderio se pur espresso in maniera ambivalente. In questo modo le propongo inoltre che è possibile trovare una possibile *linea* (è un riferimento a quanto espresso dalla paziente che aveva sostenuto di aver sbagliato "la linea dell'autobus"), nuova ed alternativa, ma questa deve passare attraverso un maggiore e più reale recupero della fiducia negli altri, altrimenti lei continuerà a sentire che c'è sempre qualcuno che la deruba e continuerà ad essere vecchia e vuota ovvero priva di desideri.

Ed è quanto la paziente avrebbe potuto riconfermarsi che in fondo c'è sempre qualcuno che la deruba: in questo caso i minuti della seduta che in effetti aveva perduto lei.

In questo caso la modificazione del setting (prolungamento della seduta) aveva una valenza comunicativa molto precisa: serviva a rinforzare il vissuto della presenza del terapeuta che si prendeva cura di lei. In questo caso il prolungamento della seduta può considerarsi come una interpretazione agita.

Comunque il setting, inteso come dimensione fisica, presenta confini ben definiti e non modificabili e questo può essere vissuto dal paziente come coercizione - atto di forza. Ma questo è solo un aspetto superficiale dal momento che il petto del setting, lega il paziente ed il terapeuta in maniera paritaria.

Quindi in realtà se c'è un atto di forza o qualcosa che il paziente può vivere come tale, questo riguarda l'interpretazione che, strumento fondamentale della cura, è rivolto a frustrare varie dinamiche negative del paziente.

Rimando per una trattazione più esauriente sulla interpretazione a precedenti miei lavori (N. Lalli, 1976, 1990, 2000): qui sottolineo soltanto che l'interpretazione è la comunicazione verbale

del terapeuta che collegando vari eventi e cogliendo il significato inconscio della comunicazione del paziente, propone una visione nuova e più completa di quella dinamica, incrementando la conoscenza del paziente soprattutto in termini emotivi.

Esistono diverse modalità di interpretazione: di contenuto, di transfert, relativa alle difese, all'angoscia o alle pulsioni. Ed anche, se pur non frequenti, le interpretazioni cosiddette dirette o mutative che si basano su un'immediata comprensione controtransferale dell'inconscio del paziente.

E' evidente da questa sintesi, che l'interpretazione agisce su diverse dinamiche del paziente: per cui possiamo affermare che se c'è un atto di forza, inteso come capacità di affrontare – modificare le valenze ostili e negative del paziente, questi atti di forza riguardano fundamentalmente l'interpretazione del transfert negativo.

Ritengo che una psicoterapia mutativa, può essere tale solo se affronta il transfert negativo.

Esaminiamo ora quali sono le situazioni più frequenti che richiedono quello che abbiamo definito la capacità-forza del terapeuta. Vorrei sottolineare che la parola *forza*, deriva da un etimo indo-europeo che significa *fermo, stabile* e da cui deriva anche “fornice” che è l'arco, uno dei simboli più frequenti ed evidenti della stabilità-resistenza.

Gli aspetti più frequenti del transfert negativo, che quindi richiedono una dinamica di frustrazione sono i seguenti:

1. emergenza di intensi bisogni simbiotico-fusionali
2. fantasticherie di eternità-immutabilità, espressione della concezione della impossibilità di una cura-trasformazione
3. negazione della realtà psichica dell'altro
4. scissione tra vita e psicoterapia.

Le manifestazioni di queste dinamiche, possono avvenire attraverso sogni, verbalizzazioni o comportamenti.

Spesso è sufficiente un'adeguata, ma ovviamente ripetuta interpretazione di queste dinamiche e dei conflitti o delle pulsioni sottostanti, per rendere possibile al paziente l'elaborazione di tali

dinamiche.

A volte invece, l'interpretazione non sembra sortire alcun effetto, a volte anzi un effetto inverso: quanto più si interpreta quella dinamica, tanto più essa si stabilizza. Spesso, queste dinamiche negative si esplicitano prevalentemente attraverso comportamenti ripetitivi, costituendo a volte dei veri e propri acting out.

Tra questi segnalo come più frequenti:

1. la dimenticanza, a volte il completo annullamento del pagamento delle sedute
2. la ripetitività nel saltare le sedute che segnala spesso un totale annullamento spesso camuffato da spiegazioni razionalizzanti
3. il continuativo, sistematico ritardo nell'iniziare la seduta.

Tutte queste dinamiche tendono a modificare o ad annullare il setting.

Precedentemente ho sostenuto che il setting è collegato con l'empatia, quest'ultima intesa come disponibilità emotiva e capacità di mantenere una continuità di ricordo nei confronti del paziente: è evidente che l'attacco al setting deve essere letto quindi come un attacco a queste specifiche dimensioni del terapeuta.

In questi casi come dicevo l'uso dell'interpretazione a volte può non sortire alcun effetto soprattutto quando va a scontrarsi con una specifica dinamica del paziente.

E' la fantasticheria del paziente di considerare il terapeuta come immobile - paralizzato, rinchiuso nella stanza dello studio, in grado solamente di parlare: ma le parole sono ovviamente vissute non come comunicazioni, ma semplicemente come "chiacchiere".

Questa dinamica spesso si evidenzia attraverso i sogni ove compaiono luoghi come chiese, cappelle, tombe o istituzioni. E' una dinamica di impotenza-paralisi del paziente: che viene proiettivamente attribuita al terapeuta visualizzato come immobile-paralizzato.

Non è infrequente che a questa dinamica inconscia si sovrapponga un pensiero più o meno cosciente: il terapeuta è incoerente. Incoerente perché, viene fantasticando il paziente, nonostante le

interpretazioni e le frustrazioni il terapeuta continua a restare “lì a mia disposizione”.

Quindi il terapeuta viene vissuto come colui che parla perché incapace di agire, e pertanto l’interpretazione è equiparata ad una banale esternazione del terapeuta.

In questo caso se la dinamica persiste è necessario che il terapeuta bilanci questa fantasticheria con un fare qualcosa, ovviamente in linea con l’interpretazione e che soprattutto provenga non da una controidentificazione proiettiva, ma da una corretta elaborazione del controtrasfert.

Mi sembra utile proporre le differenze tra la controidentificazione proiettiva ed il controtrasfert dal momento che nel primo caso il terapeuta agisce un acting-out, mentre nel secondo può agire quella che definisco *interpretazione agita*.

Controtrasfert	Controidentificazione proiettiva
1) Il terapeuta avverte in maniera progressiva e costante una sensazione di fastidio ed una possibilità di dover chiudere il rapporto.	1) Il terapeuta avverte una sensazione improvvisa ed incontrollabile di avversione che lo porta a voler interrompere il rapporto.
2) Il terapeuta ritiene che non si siano ulteriori strade percorribili e che tutto quello che era necessario è stato attuato	2) Il terapeuta può ritenere che ci possano essere anche nuove strade o strategie, ma le ritiene inutili
3) Il terapeuta avverte il desiderio di non voler perdere altro tempo, ma anche di non farlo perdere al paziente	3) Il terapeuta avverte la sensazione che il paziente gli stia facendo perdere tempo inutilmente o che comunque potrebbe occupare quel tempo in maniera più piacevole
4) Il terapeuta è tranquillo, al massimo riflessivo sul motivo del fallimento	4) Il terapeuta avverte rabbia ed accusa il paziente per l’insuccesso

Ovviamente l’*interpretazione agita* nulla ha a che fare con l’acting out, ma è semplicemente il muoversi del terapeuta, per dimostrare fattivamente che la sua realtà non corrisponde al ruolo che

gli è stata attribuito dal paziente: quello del convitato di pietra.

Le modalità più frequenti dell'interpretazione agita sono le seguenti:

1. imporre che il pagamento, ripetutamente dimenticato, venga fatto nella stessa giornata
2. proporre che le sedute saltate, per annullamento del paziente, non soltanto siano pagate (il che spesso non sortisce alcun effetto positivo, ma anzi viene vissuto come bramosia – avidità del terapeuta), ma soprattutto che diventino argomento nella seduta successiva, perché spesso il paziente arriva, dopo aver saltato una seduta, con una serie di sogni spesso insignificanti, che possono essere benissimo tralasciati
3. nel caso di ritardi sistematici imporre la necessità di essere puntuali nella successiva seduta senza dare ulteriori spiegazioni
4. quando si manifesta una dinamica più complessa e nascosta come la totale scissione tra vita vissuta e psicoterapia, qualche volta qualsiasi interpretazione diventa inutile e in casi limite si può arrivare a proporre e poi imporre la sospensione o la fine della terapia.

In questo caso non si tratta di un acting out, ma semplicemente di un'interpretazione agita che indica la fermezza del terapeuta che impone al paziente un rapporto ed un esame di realtà in contrasto con le sue fantasticherie onnipotenti.

Ovviamente l'interpretazione agita con la sospensione della terapia è uno strumento che va usato con cautela e quando tutti gli strumenti interpretativi sono falliti.

Quello che ho precedentemente esposto è soprattutto valido, nei casi di terapia duale prevalentemente nei pazienti nevrotici o borderline: con pazienti psicotici il problema diventa più complesso per la difficoltà di mantenere e stabilizzare il legame che spesso rappresenta una parte importante dell'intero trattamento.

Ma se dalla terapia duale passiamo a situazioni istituzionali o di gruppi istituzionalizzati facilmente ci rendiamo conto che spesso "l'agito del terapeuta" può assolvere una funzione importante: di contenimento e di ristrutturazione di un campo dinamico che spesso viene alterato non solo dalla

psicopatologia dei pazienti ma anche dalle dinamiche patologiche istituzionali.

Pertanto non infrequente, in quest'ultimo caso, che l'interpretazione agita, soprattutto se rappresenta la visione condivisa dall'intera equipe, possiede una valenza terapeutica utile per bloccare quelle tendenze all'acting out da parte dei pazienti, tendenza che spesso finiscono per espandersi a catena nell'ambito del gruppo.

Bibliografia

- 1) **Arlow J.A., Brenner C.H.** (1964): *La struttura della psiche nella concezione psicoanalitica*; Boringhieri, Torino, 1978.
- 2) **Basch M.F.** (1983): *Empathic understanding: a review of the concept and some theoretical considerations*, J. Am. Psychoanal. Assn., 31: 101-126.
- 3) **Beres D. e Arlow J.A.** (1974): *Fantasy and identification in empathy*, Psychoanal. Q., 43:26-50.
- 4) **Emde R. N.** (1981): *Changing models of infancy and the nature of early development., remodelling the foundation*, J. Amer. Psychoanal. Assn, 29: 179-219.
- 5) **Emde R.N.** (1988): *Development terminable and interminable: I. Innate and motivational factors from infancy*. Int. J. Psychoanal., 69: 23-42.
- 6) **Emde R.N.** (1990): *Mobilizing fundamental modes of development: empathic availability and therapeutic action*; J. Amer. Psychoanal. Assn. 38: n. 4, pp. 881 - 913.
- 7) **Erikson E.H.** (1966): *Infanzia e società* A. Armando, Roma 1966.
- 8) **Friedman L.** (1978): *Trends in the psychoanalytic theory of treatment*; Psychoanal. Q., 47:524-567.
- 9) **Greenberg J.R., Mitchell S.A.** (1983): *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica*; Il Mulino, Bologna 1986.
- 10) **Greenson R.R.** (1972): *Tecnica e pratica Psicoanalitica*, Feltrinelli, Milano, 1974.
- 11) **Klennert M.D., Campos J., Sorce J.F., Emde R.N. e Svejda M.J.**: *Social referencing: emotional expressions as behavior regulators*; In: *Emotion: Theory research and Experience*. vol. 2: *Emotions in Early Development* (ed. R. Plutchik & H. Kellerman). Orlando, Fla., Academic Press, 1983, pp. 57-86.
- 12) **Kohut H.** (1985): *Potere, coraggio e narcisismo*, Astrolabio, Roma, 1986.
- 13) **Kohut H.** (1977): *La guarigione del Sé*, Boringhieri, Torino, 1980.

- 14) **Lalli N.:** *Manuale di Psichiatria e Psicoterapia* (con particolare riferimento ai capitoli: ‘La relazione terapeutica’, ‘Il disturbo Psicosomatico’, ‘La Psicoterapia analitica’), Liguori, Napoli, 1991.
- 15) **Lalli N.** “*Le separazioni: momento privilegiato di osservazione nel corso del processo analitico*” Rivista europea di psichiatria, 1990 (presente sul sito www.nicolalalli.com)
- 16) **Lalli N.:** ulteriori lavori di approfondimento sono rinvenibili sul sito alle sezioni “Teoria” e “Clinica”
- 17) **Loewald H.W.** (1960): *On the therapeutic action of psycho-analysis*. Int. J. Psychoanal., 41: 16-33.
- 18) **Reik T.:** *Surprise and the Psychoanalyst*. London, Kegan Paul, 1936.
- 19) **Rothenberg A.:** *The creative Process of Psychotherapy*. New York, Norton, 1987.
- 20) **Schafer R.** (1983): *L’atteggiamento analitico*, Feltrinelli, Milano, 1984.
- 21) **Shapiro T.** (1981): *Empathy: a critical reevaluation*. *Psychoana., Inq.*, 1: 423-448.
- 22) **Sorce J.F.**, Emde R.N., Campos J. e Klinnert M.D. (1985): *Maternal emotional signaling: its effect on the visual cliff behavior of one-yearolds*, *Develop. Psychol.*, 21:337-341.
- 23) **Storolow R.D., Atwood G. e Lachmann F.** (i 981): *Transference and countertransference in the analysis of developmental arrests*; *Bull. Menninger Clin.*, 45:20-28.
- 24) **Vygotsky L.S.** (1934): *Thought and Language*. Cambridge, Mass., M.I.T., Press 1962.
- 25) **Winnicott D.W.** (1 971) *Gioco e realtà*; A. Armando, Roma 1974.

Per ulteriori approfondimenti consulta il sito www.nicolalalli.com

ed anche www.nicolalalli.it