

## **IL CORPO NELLA CONSULTAZIONE BREVE BAMBINI - GENITORI**

*Elena Pizzi, Flora Forte, Maria Angela Quarti*

In questi ultimi anni sono state effettuate numerose ricerche sulla comunicazione non verbale tra il bambino e le figure preposte al suo accudimento (1,2).

Le nostre riflessioni sull'aspetto corporeo delle dinamiche nella consultazione breve bambino-genitori partono da alcune premesse teoriche che hanno guidato il nostro gruppo di lavoro.

- 1) L'io è inizialmente un io corporeo**
- 2) Il corpo è l'oggetto per eccellenza della mente e la sua realtà prima**
- 3) Il corpo e la mente si sviluppano nella relazione**
- 4) Il linguaggio del corpo è inserito in una dimensione familiare**

L'attenzione per il corpo come realtà imprescindibile e connessa con gli eventi psichici è presente fin dagli esordi del pensiero psicoanalitico.

Infatti già Freud, in L'Io e l'Es, affermava che l'Io è innanzitutto un'entità corporea (3).

In seguito numerosi autori hanno cercato di analizzare la complessa relazione tra corpo e mente (4,5,6,7).

Winnicott e Gaddini (8,9,10), occupandosi dei primi stadi evolutivi del sé, hanno approfondito i processi elementari con cui corpo e mente si compenetrano. Questi autori ritengono che sia essenziale per il Sé l'esperienza di sentirsi individui viventi in un corpo.

Per Bion (11) la mente si definisce e si distingue a partire dalle afferente sensoriali corporee e dalle emozioni ad esse collegate. Rilevante è anche il valore che Bion attribuisce alla comunicazione pre-simbolica tra madre e bambino (reverie materna) nella costituzione delle operazioni mentali.

Alvarez (12) propone un modello della mente che comporta una psicologia bipersonale: la mente del bambino non contiene solo un sé con particolari qualità ma contiene anche una relazione verso/con un "compagno vivo". Se questa preconccezione non incontra nell'esperienza una realizzazione, non può emergere un adeguato concetto di oggetto umano vivente e pensante.

Noi pensiamo che non solo la mente del bambino ma anche la sua dimensione corporea si costruisca attraverso un modello bipersonale.

Il mondo interno del bambino piccolo noi lo concepiamo come luogo in cui si organizza una modalità primitiva di esperienza del sé pre-simbolica, a dominanza sensoriale (13): in tale dimensione di esperienza il corpo si propone, nel suo caos di sensazioni, come oggetto costante rispetto alla mente che lo registra e come soggetto rispetto alle relazioni con il mondo esterno

Il pensiero di Ferrari (14) è stato, a questo riguardo, un punto di riferimento per il nostro gruppo di lavoro.

Mente e corpo vengono visti come elementi di un insieme ed interagenti con la mente e il corpo dei genitori: così come il bambino è corpo e mente in relazione tra loro (relazione verticale) e con l'oggetto esterno (relazione orizzontale), i genitori sono mente e fisicità in relazione alla fisicità e alla mente nascenti nel bambino.

Le prime percezioni sensoriali danno al bambino un iniziale senso di sé. Le prime emozioni sono sperimentate invece in rapporto con altro da sé, sia pure avvertito in modo rudimentale.

L'emozione costituisce la zona intermedia tra l'essere tutto sensazione e l'essere incipientemente pensante.

Ci sarebbe una sequenza che va dalla percezione sensoriale alle emozioni al pensiero.

Nel nostro lavoro ci siamo riferiti, inoltre, al pensiero di studiosi dell'Infant Research (15,16,17) che danno molta importanza alle prime interazioni affettive tra il bambino e il caregiver. Questi primi scambi comunicativi, dando significato all'esperienza che il bambino fa in quel momento, permettono il costituirsi di una regolazione del mondo interno e la costruzione di un'iniziale sé rappresentazionale.

Anche i recenti studi neurobiologici (18) confermerebbero l'importanza delle prime relazioni interpersonali nello sviluppo e nella maturazione di strutture e funzioni del sistema nervoso, mettendo in evidenza il ruolo centrale delle emozioni nell'attività cerebrale.

Queste prime esperienze sociali si depositerebbero, sotto forma di schemi e di stati mentali, nella memoria implicita, il tipo di memoria che è presente fin dalla nascita nel bambino.

Nell'elaborare le nostre riflessioni ci siamo altresì soffermati sulle profonde modificazioni che l'aspettativa di un figlio induce all'interno della coppia: si assiste, infatti, ad una nuova definizione della "membrana" di coppia (19) che dovrà includere lo spazio per il bambino, ad una redistribuzione degli investimenti libidici, spostati da sé e dal partner al futuro nato, ad un parziale processo di defusione della coppia stessa.

Ambedue i componenti della coppia si trovano, inoltre, a dover rinunciare, almeno parzialmente, allo status di figlio per poter entrare nella nuova dimensione di genitore.

Tale mutamento di status comporta una riattualizzazione ed una elaborazione delle relazioni interne con le figure parentali che ciascuno dei membri della coppia ha vissuto nella propria famiglia di origine (ridefinizione dei ruoli generazionali).

L'attesa e/o la presenza di un figlio costringe infine ad una ridefinizione, all'interno della coppia, anche dei ruoli dell'identità di genere (chi è maschio e chi è femmina, chi è padre e chi è la madre).

Durante questo processo, secondo Nicolò e Giannotti (20), il nuovo nato potrebbe trovarsi a rappresentare per ciascuno dei genitori, "una parte del loro sé, una parte del partner, una parte dei genitori di origine ed un elemento nuovo e imprevedibile che nessuno sa quanto si adatterà allo spazio che gli è riservato e quanto soddisferà le aspettative di tutti".

Per quanto riguarda la dimensione corporea della relazione genitori-figlio, sottolineiamo come la presenza del bambino, già durante la gravidanza, attivi il corpo della madre che inizia a percepire una trasformazione "dal di dentro" non controllabile né indirizzabile.

Questa attivazione del corpo della madre prosegue dopo la nascita del figlio, come risposta peculiare ai bisogni fisici espressi dal bambino stesso.

Si stabilirà quindi una relazione verticale tra la mente e il corpo del bambino e una relazione orizzontale tra il corpo del bambino e il corpo della madre, tra il corpo e la mente della madre e la fisicità del suo piccolo, tra la mente della madre e il mondo attivo ed esuberante dell'emozioni del bambino (14).

In questa fase la posizione del padre, rispetto alla nuova coppia madre-figlio che si sta delineando, risulta difficile: parzialmente escluso dal legame corporeo che la moglie sta intrattenendo, distanziato dal rapporto mamma/bambino e separato dalla madre-moglie, il padre deve cercare uno spazio diverso in cui porsi.

Le vicissitudini dello spazio paterno in relazione alla mente e al corpo del bambino sono state, a nostro parere, poco osservate e definite.

Alcuni autori ritengono che il padre, nella fase di attaccamento del piccolo alla madre, sia costretto a ripercorre certe tappe della sua storia riguardanti il processo di separazione (21).

Dalle nostre osservazioni emerge che non infrequentemente, forse per la mancata elaborazione del vissuto di esclusione, lo spazio del padre tende a invadere quello della madre e/o quello del bambino, invece di mantenere la sua individualità nella relazione con la madre e con il bambino.

In alcune situazioni, come vedremo, lo spazio paterno si caratterizzerà come ostacolo alla interazione madre-bambino.

Sembra che questa situazione si presenti laddove la madre, in stadi precoci, si trovi in una condizione di difficoltà nella relazione col figlio, difficoltà che determina un vissuto di inadeguatezza rispetto alle proprie funzioni e una condizione di ritiro rispetto all'investimento sul figlio stesso.

Riteniamo che, solo nella condizione in cui i 3 sistemi (padre-madre-bambino) operino in modo armonico, corpo e mente del bambino possano raggiungere tra loro una integrazione.

Se questa operazione fallisce il bambino mostrerà sintomi di disagio. Il suo spazio verrà occupato dalla conflittualità dello spazio genitoriale.

Il bambino, pertanto, diventa punto di collegamento, depositario di investimenti che, fino a quel momento, erano diretti a oggetti interni o ad aspetti del sé del genitore(22).

Il sintomo del bambino potrebbe quindi essere visto come espressione di fantasie inconscie genitoriali che trovano nel bambino un "contenitore temporaneo inadeguato" (23).

Si ha inoltre l'impressione che le difficoltà della "nuova famiglia" abbiano anche a che fare con conflitti, non risolti, che riguardano la famiglia di origine e che trovano espressione nel sintomo stesso che il bambino ci mostra.

L'approccio familiare ad indirizzo psicoanalitico ha evidenziato, infatti, come il malato possa essere il portavoce della sofferenza familiare, il depositario di ansie, fantasie, misteri, segreti (24). Questo sembra ancora più vero se pensiamo al bambino piccolo e alla sua famiglia, dove le aree psichiche si possono in parte sovrapporre e dove prevale il linguaggio del corpo.

Il linguaggio del corpo, un linguaggio dove l'esperienza affettiva non è evocata nel ricordo ma registrata e agita nel corpo, è un linguaggio primitivo, espressione di un livello mentale profondo dove i fenomeni fisici e psichici appaiono indifferenziati (25).

Questo linguaggio corporeo, oltre che primitivo è anche trans-individuale, espressione di un funzionamento di tipo gruppale-tribale (26) dove la legge del clan di appartenenza precede e prevarica quella della nuova famiglia.

In questo senso R. Losso (27) introduce il concetto di "dimensione familiare del linguaggio del corpo". In questa dimensione vincoli di alleanze, di lealtà, di possesso, di stili emotivi vengono espressi, senza che ne si abbia consapevolezza, nel discorso familiare.

Winnicott, parlando del significato intersoggettivo dei sintomi, scrive "Benché il bambino sia presentato come il malato, c'è qualcun altro che sta mantenendone il disagio" (28).

Lo spazio delle sedute, attraverso il contenimento delle preoccupazioni genitoriali, l'accoglimento dell'atmosfera emotiva, l'ascolto della storia familiare, l'intersecarsi del registro verbale con quello analogico, il confronto tra quanto detto e quanto mostrato, potrebbe diventare lo spazio in cui le fantasie inconscie e i conflitti possono prendere forma e narrazione.

Infine se riteniamo vera la sequenza evolutiva, precedentemente esposta, sensazioni-emozionalmente possiamo ipotizzare che laddove, durante la seduta, vi sia una mobilitazione degli aspetti emozionali genitoriali, (spesso scaricati sul corpo del bambino; ricordiamo, a questo proposito, il pensiero di Bion: "Il sentimento persecutorio viene esperito come la-cosa-in-sé, non come un pensiero e viene evacuato mentalmente con l'accompagnamento di un'azione muscolare"), sia la

mente sia il corpo del bambino possano esserne influenzati: lo spazio del bambino diverrebbe parzialmente disoccupato.

Il bambino sembra accorgersi, con immediatezza, di questo “trasloco” e, attraverso la presenza fisica e mentale degli psicoterapeuti che lo aiutano a ridefinire il suo spazio e a riscoprirsi “soggetto agente”, si riappropria del proprio corpo, del proprio luogo e del proprio tempo.

## IL CORPO IN SEDUTA

*Insospettite forze mortifere possono passare da una generazione all'altra e trasmettere ai bambini la convinzione che il loro destino è di accettare la loro non esistenza, agli occhi dei genitori, come individui separati* (McDougall, Il teatro del corpo).

Il nostro lavoro nasce da una valutazione di 9 famiglie giunte alla nostra osservazione in quanto il bambino presentava disturbi del sonno e/o dell'alimentazione.

La nostra attenzione si è concentrata sull'aspetto non verbale delle dinamiche della consultazione: abbiamo pertanto visionato le registrazioni delle sedute escludendo inizialmente il sonoro e, solo in una fase successiva, abbiamo confrontato le nostre riflessioni, così emerse, attraverso la valutazione comprendente le parole.

Questo tipo di approccio ci ha permesso di evidenziare come le immagini “mute” mostrassero con vivezza ed intensità, che l'aggiunta del sonoro tendeva ad attenuare o coprire, il bambino: il bambino diventava il protagonista della scena, con il suo corpo, le sue posture, i suoi movimenti, le sue interazioni.

Gli adulti (madre, padre, psicoterapeuti) risultavano più sullo sfondo.

Tuttavia, nel momento in cui il bambino interagiva con i genitori, anche il corpo dei genitori acquistava immediato risalto: o perché, avvicinandosi, si adattava in un suo modo specifico allo spazio corporeo proposto dal bambino o perché allontanandosi o immobilizzandosi, se ne sottraeva. In queste interazioni quelle che Spitz chiamava “deragliamenti del dialogo” (29) diventavano distorsioni dello spazio: il corpo del bambino si intrappolava nel corpo del genitore, perdeva tonicità e mobilità, oppure rimaneva vagante, irrequieto ed eccitato per la stanza.

Raramente abbiamo potuto osservare uno spazio condiviso bambino-coppia dei genitori.

Più frequentemente la dimensione era duale e competitiva.

Gli psicoterapeuti hanno svolto, a questo riguardo, un ruolo importante non solo di “terzo” che separa e individua ma anche di terzo che collega spazi che sembrano a volte incompatibili e irraggiungibili, che regola e sintonizza i tempi di presenza e di risposta.

Il bambino ha sempre colto con immediatezza questo ruolo degli psicoterapeuti e ha mantenuto con essi un dialogo costante, soprattutto attraverso lo sguardo.

Che gli psicoterapeuti costituissero un punto di riferimento importante per il bambino veniva confermato dalla costante ricerca che il bambino attuava nei riguardi dei terapeuti al momento della loro uscita dalla stanza (li indicava o tentava di seguirli).

Vorremmo ora riportare alcune considerazioni specifiche riguardanti i casi osservati, distinguendo le riflessioni a secondo del disturbo riportato dal bambino.

## DISTURBI ALIMENTARI (6 casi)

### • **Disturbi alimentari precoci : il corpo intrappolato e conteso (4 casi)**

In questa situazione di “fallimento della madre nutrice”, lo spazio della madre si restringe: seduta sulla sua sedia, la madre tende a parlare, ritirandosi dal contatto con il figlio. Questa madre, che ci appare ferita, tesa e carica di un sentimento rabbioso, sembra immobilizzare e irrigidire il proprio corpo, ignorando il bambino: si richiude in una fortezza e lascia il bambino al padre.

Il bambino fa tentativi di ricerca del corpo della madre o direttamente o attraverso il padre ma non ha risposta e si allontana o rimane lontano. Nei rari momenti di vicinanza vi è una sorta di relazione eccitante reciproca.

Si ha la sensazione che la fantasia sottostante a questa situazione sia: “lo spazio condiviso è di attacco e di danno reciproco”.

Il padre sembra assumere nei confronti del bambino un ruolo materno, ma in realtà appare più in competizione con la madre che temporaneamente vicariante le sue funzioni: il padre non sembra presente come padre ma come figura che attacca la donna, connotandola come la mamma “cattiva” incapace di nutrire (ad esempio, mentre accarezza il figlio/a, rivela aspetti negativi della madre).

In nostra presenza, in una fase avanzata della consultazione, 2 bambini, aventi un’età di 21 mesi e di 2 anni e 3 mesi, hanno chiamato ripetutamente “mamma” il padre, rivelando apertamente questo aspetto della relazione in un momento in cui, diminuite le tensioni tra madre e figlio, si può pensare che la maternizzazione del padre non fosse più congeniale alla situazione.

Abbiamo l’impressione che il corpo del bambino rimanga come sequestrato dai genitori, usato non come oggetto di investimenti (narcisistici e/o oggettuali) ma come oggetto parziale. A volte sembra venir utilizzato dal padre per ostacolarne l’accesso alla madre.

Le manipolazioni da parte degli adulti sembrano avere la funzione non tanto di ricerca di un contatto relazionale quanto quella di scaricare uno stato di ansia e di tensione.

Il corpo del bambino sembra quasi confondersi e scomparire: si devitalizza e devitalizza il corpo dell’altro (usato a volte come poltrona). Diventa privo di energia, incapace di sostenersi in uno spazio tridimensionale (rimane seduto, l’andatura appare incerta), impossibilitato a muoversi liberamente nello spazio (il distacco appare difficoltoso): diventa una figura con peso ma senza vita propria.

La mente e il corpo dei terapeuti, attraverso parole e gesti, fanno sentire al bambino di essere riconosciuto e pensato come soggetto separato. Questo rispecchiamento del suo “esserci” rende possibile il cambiamento della percezione di sé da parte del bambino ed il corpo del bambino prende a muoversi in uno nuovo spazio affettivo.

Spesso l’intervento degli psicoterapeuti, ad esempio con un semplice invito a prendere in braccio il bambino o a consolarlo, rende accessibile alla mente della madre e a quella del bambino il pensiero che i loro corpi possono avvicinarsi senza danno.

Quando nella consultazione, con la raccolta di alcuni elementi della storia personale di ciascun genitore, si introduce la dimensione generazionale si rende molto evidente come la competizione tra i genitori trae nutrimento da conflittualità e situazioni fantasmatiche riconducibili alle famiglie di origine.

In questi momenti i coniugi cominciano a discutere tra loro, ritornano coppia, anche se in conflitto, e il corpo del bambino trova la possibilità di dissequestrarsi e comincia a stare o a giocare in mezzo ai genitori: può allora distanziarsi, avvicinarsi, nascondersi, richiedere, protestare, far rumore, piangere, parlare. La coppia si trova allora costretta a guardare il figlio da una nuovo vertice di osservazione, staccato dal proprio corpo.

Abbiamo notato un netto e rapido miglioramento anche delle prestazioni verbali di questi bambini durante la consultazione.

Il sintomo è sempre regredito. Le relazioni tra bambino e genitori si sono, in parte, modificate, soprattutto attraverso la ricerca attiva, da parte del bambino, di un nuovo investimento.

Il mondo delle emozioni appare coartato e poco accessibile.

- **Disturbi alimentari ad insorgenza più tardiva (2 casi).**

Sembra esserci sempre una situazione di parziale ritiro della madre, ferita dall'improvviso rifiuto del bambino (in ambedue i casi il rifiuto del cibo è iniziato con l'alimento latte e poi si è allargato agli altri alimenti).

Il padre, pur preoccupato, mostra di accogliere con una certa soddisfazione l'allontanamento del bambino dalla madre.

In ambedue i casi si tratta di secondogeniti: il padre sembra fare coppia col primo figlio a cui si sente accumulato dal sentimento di esclusione e di gelosia. Una coppia "contro" il nuovo nato che lascia sola anche la madre.

Il corpo del bambino sembra lasciato un po' a sé più che intrappolato.

In un caso la dimensione affettiva è risultata contattabile ed i genitori hanno potuto recuperare il proprio spazio di coppia.

Nell'altro caso, molto complesso per la presenza di un lutto doloroso e non elaborabile (la sorella gemella del primogenito era morta alla nascita per una grave malformazione) la consultazione è stata interrotta dopo 2 sedute.

### **DISTURBI DEL SONNO (3 casi) – il bambino errante**

I 3 casi giunti alla nostra osservazione (16-17 e 12 mesi) appaiono molto eterogenei per gravità di sintomatologia e psicopatologia.

Un bambino presentava un ritardo psicomotorio con un atteggiamento di ritiro autistico.

Una bambina era nata prematura-dismatura dopo una gravidanza "a rischio", vissuta con grande ansia dai genitori: il rischio risultava, in presenza di una grave insufficienza del flusso placentare, un rischio di morte intrauterina e di malformazione.

Era stato proposto dai medici un aborto terapeutico che la madre aveva rifiutato.

Il terzo bambino aveva presentato il disturbo del sonno in concomitanza con la sospensione dell'allattamento al seno.

Ciò che accomunava questi 3 casi era il fatto che il bambino sembrava vagare per la stanza in un modo così autonomo, cadendo spesso senza piangere e lamentarsi o mettendosi in situazione di pericolo, da far pensare ad una età anagrafica maggiore di quella presentata.

Questo dato ci ha inizialmente sorpreso perché in letteratura il disturbo del sonno del bambino viene generalmente connesso ad una difficoltà di separazione.

I nostri bambini apparivano invece aver quasi aver perso o temporaneamente "dimenticato" i genitori come punto di riferimento.

Ad una riflessione più accurata, tuttavia, i due dati (della letteratura e della nostra osservazione) potevano non essere incompatibili. Se tralasciamo il primo caso in cui il bambino non aveva forse mai raggiunto una fase di attaccamento alle figure primarie (disordine autistico), nelle altre due famiglie i due bambini venivano molto stimolati a crescere e a diventare grandi: sembrava esistere, nella mente di ambedue le coppie genitoriali, il pensiero, condiviso tra madre e padre, di

“un’ autonomia che non fa soffrire”, di “bambini piccoli, deboli e dipendenti che è meglio che non esistano”.

Pertanto o si sta attaccati o se ci si stacca ci si perde e non è possibile riattaccarsi perché poi ristaccarsi è molto difficile e doloroso. Raggiunta, dal bambino, una certa autonomia motoria sembra impedita la fase di riavvicinamento.

Quello che sembra verificarsi è l’impossibilità di un contatto corporeo che rassicura e rinutre.

Non a caso il momento di acquietamento e di rifornimento energetico che il sonno costituisce è quello in cui maggiormente si manifesta il disagio del bambino.

Pensiamo che le difficoltà di queste coppie di genitori siano dovute alla mancanza di una rappresentazione interna di un oggetto che contiene. Il bambino incarnerebbe in questa situazione un oggetto antidepressivo (30).

Scriva J. McDougall (31): “Le dipendenze sono anche tentativi magici di riempire il vuoto del mondo interno in cui viene a mancare una rappresentazione dell’istanza materna riconfortante”.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) D. N. Stern, Una microanalisi dell’interazione madre-bambino, in *Le interazioni madre bambino*, a cura di D.N. Stern, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1998.
- 2) V. Reddy, D. Hay, L. Murray, C. Trevarthen, La comunicazione nell’infanzia: regolazione reciproca degli affetti e dell’attenzione, in *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*, a cura di C. Riva Prugnola, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1999.
- 3) S. Freud, L’io e l’Es, in *Opere di Sigmund Freud*, Vol. 9, Bollati Boringhieri, 1989.
- 4) F. Alexander, *Medicina psicosomatica*, Editrice Universitaria, 1951, Firenze.
- 5) L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio*, Loescher, Torcono, 1981
- 6) P. Marty, *L’ordine psicosomatico*, Centro scientifico Editore, Torino, 1986.
- 7) L. Kreisler, *Clinica psicosomatica del bambino*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1986.
- 8) D.W. Winnicott, *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli, Firenze, 1975.
- 9) D.W. Winnicott, *Sulla natura umana*, Raffaello Cortina Editore, 1989.
- 10) E. Gaddini, *Scritti*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1989.
- 11) W.R. Bion, *Apprendere dall’esperienza*, Armando, Roma, 1972.
- 12) A. Alvarez, *Il compagno vivo*, Armando, Roma, 1993.
- 13) T.H. Ogden, *Il limite primigenio dell’esperienza*, Astrolabio, 1992.
- 14) A. B. Ferrari, *L’eclissi del corpo: una ipotesi psicoanalitica*, Borla, Roma, 1992
- 15) E.Z. Tronick, Le emozioni e la comunicazione affettiva nei bambini in *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner* a cura di C. Riva Prugnola, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1999.
- 16) R.N. Emde, Gli affetti nello sviluppo del sé infantile in *Affetti: natura e sviluppo delle relazioni interpersonali* a cura di M. Ammaniti e N. Dazzi, Laterza, Roma, 1997.
- 17) S.I. Greenspan, *L’intelligenza del cuore: le emozioni e lo sviluppo della mente*, Mondadori, Milano, 1997.
- 18) D.J. Siegel, *La mente relazionale: neurobiologia dell’esperienza interpersonale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001.
- 19) H. V. Dicks, *Tensioni coniugali*, Borla, Roma, 1992.

- 20) A.M. Nicolò, A. Giannotti, *Psicopatologia della coppia in gravidanza* in S. Mancuso, A. Caruso, *Capacità gestazionale della donna*, Monduzzi, Bologna, 1983.
- 21) A.M Nicolò, A. F: Zampino, *Lavorare con la famiglia: Osservazioni e tecniche di intervento psicoanalitico*, Carocci Editore, Roma, 2002.
- 22) B. Cramer, F. Palacio-Espasa, *Le psicoterapie madre-bambino: metodologia e studi clinici*, Masson, Milano, 1994
- 23) S. Fregonese, L. Magnini, S. Piperno, Un modello psicoanalitico di intervento preventivo: Il Servizio di consultazione 0-5 anni al Centro Benedetta D'Intino, Milano in *Psicoanalisi dei bambini e degli adolescenti: spigolature*, Quad. Psicoter. Inf. 39, Borla, Roma, 1999.
- 24) E. Pichon Riviere, *El proceso grupal. Del Psicoanalysis a la Psicologia Social*, Galerna, Buenos Aires, 1971 (trad it. *Il processo gruppale. Dalla psicoanalisi alla psicologia sociale*, Libreria Editrice Lauretana, Loreto, 1985).
- 25) W.R. Bion, *Esperienze nei gruppi*, Armando, Roma, 1971
- 26) D. Meltzer, *Studi di metapsicologia allargata*, Cortina, Milano, 1987.
- 27) R. Losso, *Psicoanalisi della famiglia*, Franco Angeli, Milano, 2000.
- 28) D.W. Winnicott, Psychosomatic illness in its positive and negative aspects, *Intern. J. Psychoanal.*, 47, 510, 1966.
- 29) R. Spitz, The derailment of dialogue: stimulus overload, action cycles and the completion Gradient, *J. Am. Psychoanal. Association*, 12, 752, 1964.
- 30) F. Dolto, *Seminario di psicanalisi infantile*, Emme Eddizioni, Milano, 1984.
- 31) J. McDougall, *Teatri del corpo*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1990.