

TRAUMA E VIOLAZIONE DEL SENSO DI ESISTERE

Anna Oliva De Cesarei

Il mio interesse per le identificazioni patologiche ha avuto le sue origini all'inizio della mia attività di psicoterapeuta infantile, in particolare nella terapia di Mario, un bambino che presentava una problematica di tipo psicotico.

Nel primo anno della terapia, più volte sono stata assalita dalle incursioni rapide e improvvise, incontenibili, di Mario contro le pareti della stanza, tracciava con durezza segni neri con un gesto violento che mi lasciava, a volte, attonita, impotente, arrabbiata, con un vissuto importante di violazione di domicilio; in queste circostanze, le scritte erano la violazione di uno spazio interno ad opera di segni pesanti, netti, che si imprimevano e non si sa cosa possano significare. Voleva lasciarmi inciso un segno di un Sé violato?

Aveva pianto molto, continuamente, nei primi mesi di vita, un pianto inconsolabile, che riceveva una risposta "nervosa" da parte di una madre gravemente impedita a investire un figlio maschio, per una sua storia personale molto compromessa nelle relazioni con la sua famiglia originaria.

Possiamo vedere questi segni sul muro come l'espressione di un Sé frammentato, incoordinato, impulsivo-esplosivo, senza forma, che richiamava una relazione arcaica dove il segnale di grave disagio era stato lasciato a se stesso, non raccolto, e, insieme, l'incisione dell'inconscio materno sul bambino.

Nelle situazioni in cui il padre è assente o fragile nella sua identità di genere e di adulto, in difficoltà ad assumersi la responsabilità della aggressività per la protezione della coppia madre-neonato, A. e F. Meotti ipotizzano che "l'impossibilità a esportare l'aggressività su un terzo, al di fuori del rapporto duale, possa costringere la madre a immettere direttamente la morte - in tutti i suoi significati fisici e psichici - nel figlio".

Nel corso della terapia, quando Mario cominciava a sentire di poter esistere come bambino per me, disegnò, accanto a "un bambino vivo", un cane di plastica da lui chiamato "la puparò" e un bambino grassissimo, tanto da non essere differenziato sessualmente, chiamato "il piperi".

"Il piperi non ha nessuno, è un cuoco, è da solo, è pieno di immondizie", mentre "la puparò" insensibile e dormiente, è come una calamita che attira a Sé il bambino vivo, "non vuole che cammini, si vesta, sia vivo". E' evidente la correlazione della "puparò" con la pulsione di morte. Potremmo vedere queste due immagini come il modo per stare inscindibilmente avvolto e unito con la problematica materna: il mondo deanimato rispecchia una "relazione" con una madre che non si fa penetrare dal desiderio del bambino maschio, non lo investe, non lo anima, in questo senso "la puparò" potrebbe essere segno di resa all'essere vivo, un non diritto a esistere come maschio, mentre "il piperi" corrisponde al sentirsi totalmente occupato dai "rifiuti" dell'inconscio materno e l'identificazione patologica diventa il modo per restare comunque vivo.

Quale può essere il veicolo di questo passaggio?

Secondo me, nel caso di Mario, è stato fondamentale il tono di voce della madre, apparentemente mellifluo e suadente, ma percepito immediatamente da un osservatore esterno come una maschera a copertura di una grossa ostilità sottostante; per Mario invece, proprio perché deve fare fronte a un nulla, all'essere dichiarato morto come maschio vivo, a una angoscia impensabile che significa la polverizzazione del Sé, la voce della madre diventa un liquido vischioso, una colla che lo attrae verso i detriti - ingorghi dell'inconscio materno, su questi si aggrappa, si avviluppa, si confonde.

Nel "sono come tu mi vuoi" Mario esiste e ha una madre.

H. Rosenfeld riferisce una comunicazione della Felton "sui fattori disturbanti inconsci della madre che trapelano al feto e all'infante. La postura del corpo del bambino spesso rileva i segni del suo senso di oppressione, di sopraffazione, come se non potesse tenersi diritto, come se non gli fosse consentito di vivere. Appare inerte, come se dovesse afflosciarsi sul pavimento, indizi che egli non ha alcuno spazio interiore".

Come dice H. Faimberg, il dramma è che "l'identificazione inconscia alienante non permette al paziente di esistere psichicamente su nessun altro registro. Non c'è uno spazio psichico proprio".

Mario, impedito a reagire alla colonizzazione del proprio Sé, si è strutturato secondo una identificazione confusiva con la madre; i pazienti a cui mi riferirò nel seguito di questo lavoro, invece, hanno potuto mobilitare energie reattive di fronte alla situazione traumatica, "costruendo" identificazioni patologiche al

prezzo di gravi scissioni.

Ogni analisi esplora le complesse interazioni del senso di esistere col desiderio e i fantasmi dei genitori; come dice Kaës” siamo costituiti dal desiderio di un altro prima di noi “e questo desiderio alimenta, a mio parere, la vitalità profonda dell’essere, la linfa che anima il respiro di base.

Credo ci sia nel respiro un aspetto psicologico fondamentale legato all’investimento materno, una natura che avvolge, soffio vitale come qualcosa di impalpabile e però così essenziale perché riflette lo spazio interno predisposto per il bambino, l’ “anima” del genitore; uno stretto legame intercorre fra la capacità della madre di stabilire una risonanza profonda col proprio bambino e lo stabilirsi di un ritmo vitale interno, di cui la respirazione costituisce un elemento significativo.

Il senso di espansione della capacità respiratoria con una sensazione di benessere totale, di “far parte di” nel senso di appartenenza a un tutt’uno, che viene a volte vissuto nel contatto con la natura, credo possa riferirsi a esperienze di intimità profonda, essere tutt’uno con una madre natura primitiva come sfondo avvolgente.

Secondo Di Chiara, “l’emozione che prova la parte primitiva della mente dinanzi alla realtà, nella sua essenzialità, è il timore reverenziale e questo viene provato anche dinanzi ai fenomeni mentali profondi”.

Il tono di voce, nella musicalità e ritmicità, conserva queste tracce profonde e connota la possibilità o le distorsioni di un ampio respiro.

Analogamente, lo sguardo riflette l’investimento, il desiderio del genitore che va incontro al bisogno vitale di base di essere visto da una persona viva. E’ un bisogno originario, “il volto come specchio in cui guardare” (Winnicott 1974) per sentire di esistere.

Nel proporre alcune considerazioni su un aspetto particolare del trauma come violazione del senso di Sé come aspetto essenziale, basilare di esistere, di essere, richiamo alcuni riferimenti teorici.

L’identificazione primaria costituisce per Freud (1921) “la forma più originaria di legame emotivo con un oggetto”, “qualcosa di diretto, immediato, più antico di qualsivoglia investimento oggettuale” (1922), presuppone un livello psichico di indifferenziazione che fonda l’esperienza di ‘essere’ nel bambino: “il bambino esprime volentieri la relazione oggettuale mediante l’identificazione ‘io sono l’oggetto’. L’aver è (tra i due) successivo, dopo la perdita dell’oggetto ricade nell’essere”. (Freud 1938)

“L’Essere (puro elemento femminile) forma la sola base per la scoperta di sé e di un senso di esistere” (Winnicott 1974).

L’identificazione primaria fornisce il carburante alla perfezione narcisistica del bambino ed è alla base del senso di “eternità”, di qualcosa di illimitato, di sconfinato, di “oceanico” che R. Rolland (in Freud 1929) considera fonte autentica della religiosità, pur rifiutando ogni fede e illusione.

Come nota Freni, “Rolland avrebbe voluto che Freud analizzasse il sentire religioso, che è totalmente differente dalle religioni nel senso stretto del termine...come ‘sorgente di rinnovamento vitale’...mentre a Freud era precluso l’ingresso nel femminile che rimane il continente nero”.

Gli studi sperimentali (Stern 1985, Trevarthen 1990, Emde 1990...) mettono in crisi il concetto di narcisismo primario assoluto, ma non intaccano, a mio parere, la possibilità di una fase di indifferenziazione, nucleo dell’essere che dovrebbe restare inalterato, trama continua che fa da sfondo ed è essenziale per ogni evoluzione successiva; nella clinica, veniamo a contatto con gli strappi, lacerazioni, buchi di questo sfondo quando lo schermo protettivo materno fallisce nella funzione vitalizzante e nella capacità di modulare l’esperienza del bambino.

I pazienti a cui penso hanno incontrato una situazione acuta e protratta di morte psichica, con assenza o insufficiente apporto di un genitore sostitutivo in grado di alleviare l’angoscia; naturalmente, le evoluzioni sono variabili, anche in rapporto al raggiungimento o meno della costanza del Sé e dell’oggetto nel momento in cui interviene il trauma. Ad esempio, per come ho inteso il lavoro di Blum, il trauma con le relative identificazioni patologiche, pur rompendo lo sfondo come fiducia di base con la necessità di ricostruire i nuclei del “piccolo paradiso”, rimane circoscritto collocandosi in un nucleo scisso da cui lancia segnali, specie in situazioni significative che costituiscono del rivelatori della situazione traumatica, senza intaccare globalmente la struttura. Le identificazioni patologiche totalizzanti invece, si strutturano in aspetti di carattere che irrigidiscono il paziente in una ripetizione continua di un’unica matrice di esperienza, un marchio impresso dal modo di reagire alla rottura del sistema di equilibrio; ricordano quei casi di cui parla Freud (1937) in cui tutti i processi, tutte le relazioni e tutti i rapporti di forza appaiono immutabili, fissati e irrigiditi; “passato, presente e futuro, come infilati al filo del desiderio che li attraversa” (Freud 1907) non possono scorrere, bloccati da una impossibilità di prospettare il futuro perché troppo labili sono le tracce di

speranza.

Come dice F. Ferraro, si stabilisce “una attualizzazione permanente dell’evento traumatico, immobilizzato in una fissità ripetitiva che organizza aree scisse non sottoposte al lavoro della rimozione e del confronto con la realtà”. Il trauma “minaccia il nucleo isolato... con organizzazione di un sistema di difese primitive (nascondere il Sé segreto e, al limite, proiettarlo e disseminarlo infinitamente” (Winnicott 1970); le identificazioni patologiche totalizzanti tagliano alla radice ogni input di legame positivo vissuto, escludono il libero giuoco fantasia-realtà, i movimenti alterni di attività e passività nella interazione, tutto è bloccato e immobilizzato.

C’è un rapporto tra il diniego dei genitori che non possono assistere il sentire del bambino (che diventa così una ondata che rischia di sommergerlo, una “peste distruttiva”, un bambino “morto” in quanto non visto e non ascoltato nel bisogno essenziale di esistere...) a cui il bambino risponde con diniego e scissione verticale dei bisogni relativi al senso di Sé e dei bisogni in generale per strutturarsi secondo identificazioni patologiche, aderendo ad aspetti “fruibili” dell’oggetto patologico, penso a “imitare per essere” di E. Gaddini (1969): si hanno così identificazioni di carattere arcaico con l’aggressore (Conrotto parla di identizzazione con l’ambiente frustrante), con caratteristiche Superegoiche severe e spietate, con l’oggetto morto... accanto a identificazioni narcisistiche con mete e immagini di Sé molto idealizzate (nel senso di una mente onnipotente) e nella prospettiva salvifica, di un Sé genitore che cura la madre (Ferenczi, Searles). Sarebbe deleterio colpevolizzare il genitore patologico, sia da un punto di vista etico come approccio alla sofferenza psichica, sia sotto il profilo tattico nel nostro modo di andare incontro a un genitore con cui il paziente è tenacemente avvinghiato, in quanto queste identificazioni svolgono una finzione strutturante contro il rischio di un crollo catastrofico. Rilevare la simmetria ha l’unico scopo di sottolineare l’identica simmetria che si ritrova poi pari pari nel transfert; un flash clinico:

Paziente: c’è una luce abbagliante oggi... ci sono i germogli della natura, mi piace vederli, però io amo l’oscurità (viveva preferibilmente con le tapparelle abbassate)...; accenna a un evento di grave effrazione traumatica della sua infanzia (a cui aveva reagito con una scissione mento-corpo).

Analista: apprezza il fiorire delle sue emozioni, però mi chiede tutela nella possibilità di “vederle”, per non essere accecato da passioni troppo forti che poi La spingono a oscurare del tutto

Paziente: ieri sono andato da mia mamma perché non stava bene, mi ha chiesto di non abbandonarla, di non farla morire da sola... poi ho sognato che tenevo per il braccio e accompagnavo mia madre cieca, con il bastone bianco dei ciechi. Mia madre non mi tutelava.

Analista: e Lei si è a sua volta accecato rispetto a queste emozioni violente; vuole essere sicuro che io non mi accechi a mia volta, di trovarmi vicina, di non essere lasciato morire da solo, di sentirmi in grado di sostenereLa e aiutarLa a tenere vive e incontrare queste emozioni.

La controparte delle identificazioni totalizzanti è l’inerzia, la non esistenza, essere nulla, sparire, dissolversi, non far presa, non incidere...; non mi soffermo sulle connessioni tra inerzia, femminile, pulsione di morte e resistenze, argomenti troppo importanti per i quali sarebbe necessario un largo spazio di approfondimento. Accenno soltanto al mio modo di pensare alla pulsione di morte come un intreccio complesso tra il peso di coartazioni e schiacciamento di aspetti vitali e il tendere alla riduzione a zero di tensioni insopportabili per la psiche (pietrificarsi per non sentire nulla).

A questo livello, sono d’accordo con Vallino sul pericolo che si instauri “un diniego dell’analista nel senso che non venga approfondito il significato del collasso delle identificazioni normali a favore di quelle patologiche che devitalizzano il Sé”, non soltanto per il pericolo di una analisi interminabile. L’analista ha una grande responsabilità di fronte alle aree desolate della mente; se il paziente viene supportato più su un piano reattivo, del “fare”, compensativo, e non adeguatamente avvicinato, accolto e nutrito nelle distorsioni e deformazioni del senso vitale di esistere, può lasciare l’analisi con fardelli ingombranti e pesanti “legati” sulla vita personale (ad es. potrebbe agire inconsciamente le proprie aree morte sui figli o su di Sé nel corpo e nella mente...) o professionale, se sarà a sua volta analista.

L’impianto della parte deanimata – non vascolarizzata da un rapporto ossigenante di investimento – riguarda

Quaderno di Psicoterapia del Bambino e dell’Adolescente (2004) Vol. 19, pp. 67-75.

per lungo tempo l'analista, a cui spetta il compito di tenerlo, prendersene cura, finché il paziente non sarà in grado di investire il nucleo inerte, di non esistenza. In questo senso, l'analista svolge una funzione di intermediario psichico, di mediazione rispetto alle scissioni, dato che, per il paziente, l'uscita dalle identificazioni patologiche, che strutturano una relazione di essere identico, significa il ripresentarsi di una angoscia insopportabile di morte psichica.

Il controtransfert di fronte all'inerzia e allo stato di letargo psichico, alla noia "mortale" e al non senso, può sfociare dal torpore al sonno o, al contrario, in una situazione di ipervigilanza che può "spingere" il paziente verso il fare piuttosto che star vicini al suo senso di non esistere.

Siamo nell'arca dell'inconscio non rimosso, l'area del referente (Nicolaidis), del "conosciuto non pensato" (Bollas), "dell'inconscio emotivo che definisce la coscienza inconsapevole (del sé)" (De Masi).

La parte inerte si aspetterebbe un "Salvatore" a cui delegare in toto la gestione della morte psichica, possibilmente annullandola; noi cosa possiamo fare?

Le scissioni hanno lasciato dei buchi nella psiche, non c'è materia per ricordare, c'è impossibilità di trasformazione, gli affetti sono come distrutti; permangono tracce che possono comparire nei sogni come macchie, o ombre, qualcosa comunque che non ha una forma precisa, segnala spesso qualcosa di intollerabile, un senso di esistere sporcato, un Sé contaminato totalmente scisso... spetta alla relazione analitica la possibilità di costruire la materia per poter ricordare. Se l'analista usasse la metafora, verrebbe usata come un feticcio mentale, siamo ben lungi dal simbolico.

I pazienti guidano verso la ricostituzione di un terreno d'impianto, uno sfondo, sia attraverso le coordinate del setting, sia l'attenzione dell'analista a distinguere le variabili dello sfondo come holding dai personaggi della scena. Trattandosi di memorie sensoriali e di automatismi rigidi, c'è la necessità di formare un primo tempo del trauma, costruire un'arca "non corrotta" dall'invasione del trauma, ritrovando e riallacciando i fili dell'illusione primaria, ristabilendo la fiducia di base in una passività connessa a una fiduciosa aspettativa e nella esperienza di una dimensione paraeccitatoria capace di trasformare una angoscia automatica in angoscia segnale; questa ricostituzione dello sfondo è il presupposto per uscire, in après-coup, dalla presa delle identificazioni patologiche.

Lo sfondo lacerato si presenta nei sogni con immagini di natura brulla, desertificata o nell'impatto con sovvertimenti cataclismatici imprevedibili (terremoti, inondazioni, grandinate distruttive, precipizi, baratri, frane...); c'è l'idea di una natura "maligna" all'origine del vissuto di questi pazienti di aver subito un abuso (non certo di natura sessuale), una condizione di innocenza originaria violata che ha tolto loro la "fede", con l'idea di essere irreversibilmente segnati, deformati nell'esperienza vitale e diretti dal "caso".

Solo molto avanti, quando si riapre la fiducia profonda in una "terra promessa", attraverso la "ricostruzione di una salda fantasia fusionale" (Pallier) e il recupero di una "verginità" come stato di grazia originario, la natura viene rappresentata da immagini armoniose, con colori vivi, fertile, luminosa...

Il punto critico negli "innesti" che introduciamo nei segmenti mancanti, riguarda l'equilibrio tra un analista che seduce alla vita (sia come depositario dei frammenti di speranza del paziente che nell'apporto della propria forza affettiva) e l'accudimento delle angosce di morte. E' uno stato di agonia, tra la vita e la morte, in cui è necessaria l'accoglimento del senso di non esistenza, dosando il dolore in modo che sia affrontabile per il paziente, "un ambiente quieto, con luce soffusa e l'analista vicino"; sul versante della vita, il radicamento dell'esperienza di esserci per l'analista, di appartenere. "essere di qualcuno", godere di un investimento speciale capace di "animare" e convogliare linfa vitale. L'intervento di richiamo (Alvarez), essenziale nella terapia, va però utilizzato, a mio parere, con grande attenzione ai movimenti controtransferali, per non sovrapporre la nostra fretta di vedere il paziente vivo, ai tempi lenti che sono richiesti dall'analisi di questi stati profondi.

Non contare più esclusivamente sulle identificazioni patologiche per liberarsi della parte inanimata, "una massa amorfa, un mollusco che non reagisce", porta anche a contatto con un involucro interno di materia primordiale, qualcosa di agitato, caotico, scombuscolato, "se sono agitata, è come una cellula che si sdoppia, un senso di morte opprimente, e mi sento trasportata verso un abisso senza alcun appoggio" oppure "la sensazione di non farcela perché tutto scoppia, non posso tenermi assieme e allora vago come un automa senza meta, senza sentire niente". Innumerevoli i ritorni all'assetto precedente per cercare coesione e per opporsi alle "soluzioni" non onnipotenti dell'analista: "io non concepisco la possibilità di cure per me", "non si può colmare il vuoto di una non vita precedente", "se si ha solo l'esperienza di un cielo muto, come si può pensare che esista un cielo stellato?", "Lei mi ha tolto i miei castelli, mi ha portato in una terra di

nessuno e ora mi deve tirare fuori...”.

E' compito dell'analista tollerare e graduare il peso di angoscia che il paziente può sopportare, svolgere una funzione di para-eccitazione, rispettare i tempi necessari per incontrare le parti alienate, estraniare, non lasciare “morire” il paziente da solo, evitare lo scontro frontale col trauma costruendo ponti e un terreno di sicurezza; a queste condizioni il paziente può mettere in gioco l'area traumatica, affrontando a volte un periodo di regressione importante. E comunque, nella mia esperienza, non è l'analista a decidere se si può o meno indagare l'area traumatica, l'analista deve dare la propria disponibilità, ma è il paziente che ci segnala i tempi e l'opportunità o meno di percorrere questi stati profondi della mente.

Brevi considerazioni sulla disidentificazione

“E il cerchio si chiude” è l'espressione spesso usata per esprimere che, alla lacerazione, allo strappo del Sé totale introdotta dal trauma, un confine nuovo comincia a crearsi, le parti alienate riprendono posto in un interno, “lo spazio diventa interno e acquista una dimensione di spazio, una forma” (Gaddini 1979); è vissuto come un cambiamento chimico, «innescato il quale non è più possibile essere come prima”.

La fase di disidentificazione può avviarsi quando il paziente sente che nella relazione analitica ha costruito una capacità interna su cui può cominciare a contare, una qualità primaria di tenere presente comunque se stesso, «una pila dentro, una fonte di energia che capta sensazioni che prima non distinguevo”, un'area libera in cui raccogliersi e concentrarsi per poter riconoscere quello che c'è già stato, tenere presente l'esperienza (mentre nell'automatismo la sensazione era di ripartire sempre da zero, di sentirsi senza storia, senza riconoscimento di ciò che era già successo).

Il disimpegno dalle identificazioni patologiche è spesso sentito dai pazienti come un omicidio mentale per rompere un avvinghiamento che li ha tenacemente uniti nella patologia e per liberarsi da una piovra mentale che aveva occupato tutti gli spazi relazionali.

E' spesso presente l'idea del tradimento nell'abbandonare la visione assoluta e incontaminata di Sé legata al “bisogno di non avere bisogni” (Zapparoli), oltre che tradimento di Sé rianimatore e salvatore della madre e contenitore delle proiezioni materne pur di esistere.

Nel passato, furono le vicissitudini di frattura traumatica a far morire la relazione vitale e di nutrimento, ora è il paziente che uccide simbolicamente l'oggetto patologico, lascia la posizione assoluta e, quando ha ben saldo un suo confine, può affrontare temporalità, differenze, discontinuità...

Sono d'accordo con Landoni che, nella cura, diventa centrale il livello di integrazione della bisessualità psichica inconscia raggiunta dall'analista: “un femminile assimilato a una funzione materna di recettività, competenza materna capace di riconoscere ‘segni’ specifici nella relazione precoce. Ma non basta: vi è anche un ruolo della comunicazione verbale necessaria alla delimitazione Io/non Io”.

A questo proposito, E. Gaburri descrive l'importanza dell'uso della interpretazione insatura, specie nelle cicatrici psicotiche, che “nasce dalla faticosa elaborazione dei movimenti interni dell'analista, relativi a vissuti bisessuali. Prevede la difficile oscillazione tra attivo e passivo, tra funzione paterna e funzione materna, tra separatezza e coinvolgimento”.

L'obiettivo è di condurre il paziente a quel processo psichico fondamentale che Racamier denomina lutto originario, inteso come l'Io che rinuncia al possesso totale dell'oggetto, compie il lutto di un'unione narcisistica assoluta e opera la scoperta dell'oggetto e del Sé.

Secondo E. Moreno “il processo di disidentificazione non presuppone la scomparsa o dissoluzione di ciò che per un certo periodo ha fatto parte dall'apparato psichico, bensì obbedisce a un processo di trasformazione simile all'impronta fossilizzata, residuo di qualcosa che è stato vivo ma che è attualmente inattivo”.

Sono piuttosto perplessa sul concetto di “residuo inattivo”; penso piuttosto, nella fase di preparazione alla fine analisi e dopo la fine analisi, che sia necessario un attento esercizio della funzione analitica acquisita dal paziente, specie in momenti di vita con particolari sollecitazioni, per poter “esorcizzare il ritorno degli antichi demoni” quando vengono attivate zone vulnerabili; colloqui nella fase della post-analisi potrebbero fornirci elementi di conoscenza molto utili e significativi.

Bibliografia

- A. Alvarez *Il compagno vivo*, Astrolabio.
- H. Blum (2000) *Genitori punitivi e trauma infantile*, relazione al CMP.
- C. Bollas *L'ombra dell'oggetto*, Borla.
- F. Conrotto In: Sollini (a cura di) *Narcisismo, sé e relazione*, Borla.
- F. De Masi (1998) *L'inconscio e la psicosi*, relazione al CMP.
- G. Di Chiara *Gli affetti nella relazione analitica. Nota sulla metapsicologia del misticismo* (non pubblicato).
- R. Emde In: Ammaniti e Dazzi (a cura di) *Affetti*, Laterza.
- H. Faimberg In: *Trasmissione della vita psichica tra generazioni*, Borla.
- Ferenczi *Diario clinico*, Cortina.
- F. Ferraro In: *Fantasia e realtà nelle relazioni interpersonali*, Laterza.
- S. Freni (2000) *La dimensione mistica nell'esperienza psicoanalitica*, relazione al CMP.
- S. Freud (1907) *Il poeta e la fantasia*, O.S.F. 5
- S. Freud (1921) *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*, O.S.F. 9
- S. Freud (1922) *L'Io e l'Es*, O.S.F. 9
- S. Freud (1929) *Il disagio della civiltà*, O.S.F. 10
- S. Freud (1937) *Analisi terminabile e interminabile*, O.S.F. 11
- S. Freud (1938) *Risultati, idee, problemi*, O.S.F. 11
- E. Gaburri In: Di Chiara e Neri (a cura di) *Psicoanalisi futura*, Borla.
- E. Gaddini *Scritti*, Cortina.
1969 Sulla imitazione.
1979 Seminari Argentini.
- R. Kaes *Trasmissione della vita psichica tra generazioni*, Borla.
- G. Landoni (1995) *Femminile e pulsione di morte*, relazione al CMP.
- A. e F. Meotti (1997) *Da una generazione all'altra: scissione e integrazione nel campo multi generazionale*, relazione al CMP.
- E. Moreno (1996) *L'identificazione patologica*, Incontro Italo-Spagnolo al CMP.
- Nicolaidis *La rappresentazione*, Boringhieri.
- Pallier In: *Fusionalità: scritti di psicoanalisi clinica*, Borla.
- Racamier *Il genio delle origini*, Cortina.
- H. Rosenfeld *Comunicazione e interpretazione*, Boringhieri.
- H. Searles *Scritti sulla schizofrenia*, Boringhieri.
- D. Stern *Il mondo interpersonale del bambino*, Boringhieri.
- C. Trevarthen In: *Affetti*, Laterza.
- D. Vallino (2001) *Percorsi teorico-clinici sul tema del trauma*, relazione al CMP.
- D.W. Winnicott (1970) *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando.
- D.W. Winnicott (1974) *Gioco e realtà*, Armando
- G.C. Zapparoli *Paranoia e tradimento*, Boringhieri.