
L'AMBIENTE DELLA CURA

Cesare Maffei

Solo perché l'essere-nel-mondo è essenzialmente Cura fu possibile, nelle precedenti analisi, caratterizzare come *prendersi cura* l'esser presso l'utilizzabile e come *aver cura* l'incontro col con-Esserci degli altri, nel mondo.

M. Heidegger, *Essere e Tempo*, § 41

Qualsiasi teoria dell'intervento terapeutico presuppone, implicitamente o esplicitamente, una teoria del funzionamento sano ed una del funzionamento patologico dell'individuo.

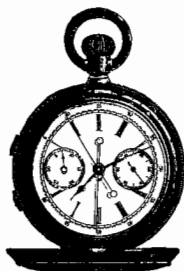
Pur non avendo mai proceduto ad una sistematizzazione della teoria della cura psicoanalitica, tuttavia Sigmund Freud affermò a più riprese che il fenomeno del transfert doveva essere considerato come l'elemento nucleare del trattamento psicoanalitico. Trattando questo argomento nello scritto *Dinamica della traslazione* (1912), Freud affermava che «se il bisogno di amore di un individuo non è stato completamente appagato dalla realtà, egli è costretto ad avvicinarsi con rappresentazioni libidiche anticipatorie ad ogni nuova persona che incontra» (pag. 524). Da cui la necessità di riversare questa esigenza anche sul medico, investito dell'*imago* paterna, materna, fraterna e così via.

Come è noto, Freud individuò nel transfert anche la maggiore fonte di resistenza alla terapia e costruì intorno a questo problema, cioè al paradosso che vedeva il transfert come principale elemento terapeutico e contemporaneamente come origine delle più forti resistenze, la questione della nevrosi di transfert, la cui risoluzione avrebbe coinciso con la guarigione e quindi con il cambiamento dell'assetto psichico del paziente.

Ritornando alla citazione di cui sopra, ci si può chiedere quale modello del funzionamento psichico, sia sano che patologico, Freud avesse in mente. In un altro passo dello stesso scritto troviamo le seguenti affermazioni: «Come nel sogno, il malato attribuisce attualità e realtà agli esiti del risveglio dei suoi impulsi inconsci; egli vuole mettere in atto le sue passioni senza tenere conto della situazione reale. Il medico vuole obbligarlo a inserire questi impulsi emotivi nel contesto del trattamento e in quello della storia della sua vita, a sottoporli alla considerazione intellettuale e ad identificarli secondo il loro valore psichico. Questa lotta tra medico e paziente, tra intelletto e vita pulsionale, tra conoscenza e volontà di agire si svolge quasi esclusivamente nell'ambito dei fenomeni di traslazione» (pag. 531). Dunque, il paziente desidera soddisfare concretamente il suo bisogno pulsionale, utilizzando la figura del medico distorta dal transfert, mentre questi tenta di imbrigliare la pulsione nella rete dell'intelletto. Il paziente desidera finalmente agire, il medico cerca di costringerlo a capire. Dietro le quinte della scena terapeutica c'è la volontà irrazionale di ottenere l'amore negato a causa, verosimilmente, dell'interdetto edipico ed è dalla mancata elaborazione di questo interdetto che ha avuto origine la nevrosi. D'altra parte, il contesto concettuale in cui Freud inserisce questa vicenda relazionale, amorosa, sembra essere più attento ai destini delle istanze teoriche del

mondo metapsicologico che alle vicende del mondo umano in cui tutto ciò realmente accade. In altri termini, utilizzando il modello strutturale delle pulsioni (Greenberg e Mitchell, 1986), Freud non ipotizza, alle radici dell'essere umano, un bisogno primario di relazione, di marca affettiva, bensì una necessità di scarica pulsionale, di marca fundamentalmente istintuale, biologica. All'interno del modello strutturale delle pulsioni vale il "principio di costanza", secondo il quale lo scopo principale dell'apparato psichico è quello di mantenere il più vicino possibile allo zero il livello di eccitamento (S. Freud, 1892-1895). Corollario di ciò è il ruolo "secondario" dell'oggetto su cui la pulsione viene veicolata: l'oggetto è il mezzo tramite cui viene ridotto l'eccitamento, è il tramite del soddisfacimento pulsionale, ma con l'oggetto medesimo non viene intrattenuta alcuna relazione. Significativo appare, a questo proposito, il modo in cui viene trattato il rapporto madre-bambino nei *Tre saggi sulla teoria sessuale* (1905): in questo scritto la funzione materna viene collegata fundamentalmente al nutrimento, ed è su questa funzione che il bambino veicola la propria sessualità, che soltanto più tardi si realizzerà come entità a sé stante. La madre in quanto persona, in quanto essere umano, non sembra in alcun modo esistere. Anzi, non essendo gli oggetti rappresentativi di persone, né ad esse equivalenti, è possibile un principio di intercambiabilità: purché producano il soddisfacimento istintuale, essi sono equivalenti, sostituibili (Laplanche e Pontalis, 1973). Questa concezione appare problematica in quanto lascia capire che è il bambino a creare, se così si può dire, la realtà e non la realtà a creare il bambino, ovvero, che sarà la pulsione a creare un mondo di oggetti interni le cui caratteristiche saranno determinate da fattori riguardanti la pulsione stessa e non dagli oggetti reali che, come si è visto, "non esistono". La proble-

maticità di cui sopra diventa, ad esempio, palese nella successiva elaborazione di Melanie Klein secondo cui un "eccesso" di pulsione di morte (1946), eccesso che peraltro andrebbe spiegato in maniera più esauritiva di quanto non faccia la Klein medesima appellandosi ad un non meglio giustificato principio innatistico, è in grado di distorcere la realtà creando, ad esempio, angosce persecutorie da parte di "oggetti" che sembrano vivere soltanto in una dimensione intrapsichica, allucinatoria, e non nel mondo reale, esperibile e condivisibile, che ricopre soltanto il ruolo di ricettacolo di proiezioni.



Ritornando al modello pulsionale freudiano, è quindi possibile arrivare ad una transitoria conclusione: il paziente, così come il bambino, sembra desideroso di amore, ma in realtà vuole soltanto utilizzare l'altro, che non è una persona reale, bensì un ricovero di fantasie suscitate dalla pulsione, per soddisfare la pulsione medesima, per ridurre al minimo la tensione. Così sintetizzata, la vicenda è veramente, e volutamente, ridotta ai minimi termini. In realtà, in seguito Freud, con l'introduzione del modello strutturale elaborato all'inizio degli Anni Venti, iniziò a prendere in considerazione il problema della perdita dell'oggetto, dell'importanza di questa nella formazione

dei sintomi e quindi, in definitiva, si confrontò con il tema della dipendenza (1926). Di fondo, comunque, il modello pulsionale originario non venne mai abbandonato.

Con questo succinto *excursus* storico si è soltanto voluto ricordare, ritornando alla prima frase del presente lavoro, come la psicoanalisi freudiana abbia fondato il suo modello terapeutico su di una vicenda "relazionale", cioè il transfert, isomorfa con le ipotesi del funzionamento mentale sano e patologico dell'individuo. In che cosa consiste l'isomorfismo? Nel fatto che tutto viene ricondotto al mondo interno dell'individuo, mondo interno che si articola intorno alle vicende pulsionali e che tenta di usare la realtà, più che di entrare in contatto con essa. Si potrebbe obiettare che questa affermazione non è vera per quanto riguarda il transfert, che è un fatto di grande portata sul piano del rapporto tra individui, nella fattispecie tra analista e paziente. Ciò è vero e non è vero, o meglio, Freud focalizzò l'attenzione sulla grande importanza della relazione fantasticata che il paziente suscita e tenta di mettere in atto trasferendo il desiderio in realtà, ma non considerò la relazione interumana, interpersonale, tra analista e paziente come un elemento terapeutico. Invitando gli analisti a "trattare" con il transfert, a non rifiutarlo drasticamente senza però lasciarlo dilagare cadendo nella trappola dell'agito (1914), tuttavia rimase sempre dell'opinione che compito dell'analista fosse quello di aiutare l'Io sano del paziente ad imbrigliare l'istinto e la passione dentro le maglie della razionalità, attraverso lo strumento esplicativo dell'interpretazione, cioè attraverso il punto di vista di un adulto che, con intento educativo, tenta di ridurre alla ragione un bambino irrazionale e sfrenato. A prova di ciò basti citare quanto affermato in alcuni scritti tecnici di analisti che, nel tentativo di spiegare il funzionamento della terapia ana-

litica, ipotizzarono che il punto cruciale fosse rappresentato dalla modificazione, in positivo, del Super Io (Sterba, 1934; Strachey, 1934). Sotto l'egida di un Super Io mitigato, rappresentato dalla posizione adulta, genitoriale, dell'analista, l'Io del paziente avrebbe dovuto sottrarsi alla pressione scomposta, infantile, dell'Es: le cose però non andarono esattamente come la teoria aveva ipotizzato. Riflettendo pessimisticamente, in *Analisi terminabile e interminabile* (1937), sulla scarsa affidabilità dell'Io di molti pazienti, incapaci di aderire inderogabilmente al patto analitico, Freud commentava: «L'analista diventa per il paziente un perfetto estraneo che avanza nei suoi confronti pretese sgradevoli; verso di lui il paziente si comporta esattamente come il bambino che non ha simpatia per le persone estranee e non crede a una parola di ciò che esse gli dicono. Se l'analista tenta di mostrare al paziente, per correggerla, una delle deformazioni da lui assunte nella difesa, lo trova incomprensivo e inaccessibile a pur validi argomenti» (pag. 522). Freud ipotizzò che tutto ciò accadesse perché, anche nel nevrotico, l'antica vicenda dei meccanismi di difesa aveva determinato una deformazione, di marca psicotica, nell'Io, ed infine si attaccò nuovamente al modello pulsionale rafforzando il suo credo nell'effetto deleterio della pulsione di morte. Sembra però lecito chiedersi se, trattato come un bambino da un adulto che, seppure pazientemente, gli suggerisce che l'unica cosa giusta da fare sia di "adeguarsi" al punto di vista razionale dell'adulto medesimo, il bambino poi non possa fare altro che trattare questo adulto come un estraneo tradendone la fiducia, come lo stesso Freud constatava. Probabilmente, i bambini sofferenti hanno più necessità di una relazione reale, rassicurante, che di un punto di vista razionale.

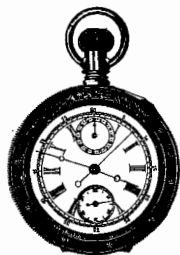
Quanto sopra affermato non ha assolutamente la pretesa di costituirsi come operazione sbrigativa e

liquidatoria rispetto al valore dell'opera freudiana. Semmai, ciò che si vuole sottolineare è il limite, verosimilmente anche storico, del modello pulsionale che, costringendo la psiche sana e malata dentro i suoi angusti limiti, vi ha costretto anche la terapia, con i risultati testé ricordati. Un elemento di fondo, già accennato, è rappresentato dal fatto che, privilegiando il transfert, cioè la relazione fantasticata, Freud non ha inserito all'interno della tecnica la relazione analitica e non se ne è nemmeno tanto preoccupato, basti pensare al famoso episodio dell'aringa condivisa con l'Uomo dei topi, che Freud invitò a pranzo in famiglia. Perché ha così importanza insistere su questo punto? Perché è verosimile ritenere, e la pratica clinica tenderebbe a dimostrarlo, che per molti pazienti l'esigenza fondamentale che viene portata all'interno della terapia non è la soddisfazione della pulsione, bensì un bisogno relazionale. Se è vero ciò, è necessario individuare un paradigma di riferimento differente da quello pulsionale, all'interno del quale inserire una teoria della cura analitica.

Quando Freud si lamentava dell'inaffidabilità dell'Io del nevrotico ed affrontava la questione dei meccanismi di difesa stava, implicitamente, parlando della costituzione di abitudini stabili, cioè della personalità. Il problema della personalità ha impegnato, negli ultimi decenni, una notevole parte della riflessione psicoanalitica, contribuendo alla generazione di nuovi modelli teorici e clinici, basti pensare alla psicologia del Sé di Heinz Kohut ed alla questione delle personalità narcisistiche. Proprio Kohut (1977) ha proposto, per quanto concerne la patologia narcisistica, lo spostamento dal concetto di conflitto a quello di deficit, lasciando intendere che, al posto del contrasto intrapsichico, l'individuo si trova ad avere a che fare con carenze nella sua organizzazione psichica, verosimilmente generate da precoci interazioni negati-

ve con l'ambiente. Senza voler entrare nel merito della dicotomia conflitto-deficit, è stato tuttavia ampiamente descritto dalla letteratura clinica come un fallimento, più o meno accentuato, dell'ambiente di contenimento genitoriale possa contribuire a produrre una basilare "vulnerabilità del senso di sé" (Modell, 1984), che si organizza intorno all'evoluzione precoce di un falso Sé (Khan, 1963; Winnicott, 1960a) cui è legato un sentimento di autosufficienza e di apparente autonomia, che però sono soltanto apparenti in quanto fungono da "bozzolo" protettivo, per usare l'espressione di Modell, rispetto ad una estrema vulnerabilità e ad un estremo bisogno di dipendenza. Quest'ultimo, peraltro, non potrebbe essere messo realmente in gioco dentro una relazione a causa del timore, generato dal sentimento di vulnerabilità, di cadere vittima dell'altro, di subire una catastrofe del proprio Sé dato in pasto ad un nemico incontrollabile. Si sta, evidentemente, accennando a situazioni patologiche, ma anche ad un problema trasversalmente presente come dimensione costitutiva di ogni essere umano, in cui la questione di fondo è rappresentata dalla presenza, o dall'assenza, di un fondamento di sicurezza, il "back ground of safety" di cui parla Sandler (1960). Dietro a ciò non può stare, ovviamente, un modello di riferimento pulsionale, prevalentemente intrapsichico, bensì un modello relazionale, che parta da una salda ed originaria articolazione dell'individuo e della realtà in cui egli si trova a nascere e crescere. Quando Winnicott affermò che "non esiste nulla come un infante" (1960b) intendeva dire che non è possibile identificare l'identità di bambino se non all'interno del rapporto madre-bambino, ed in questo senso poteva criticare Freud del fatto di non avere mai preso in considerazione l'infanzia come stato (1963a). Se proprio si vuole ricondurre il problema della sicurezza, del sentimento di sé, della propria identità e del

rapporto tra questi e la realtà in cui si calano in un contesto "istintuale", qualsiasi cosa questo termine voglia dire, sarà necessario parlare di istinto relazionale, di necessità primaria di essere in contatto con altri esseri umani e di riconoscersi in loro, piuttosto che di necessità intrapsichica, solipsistica, quale il criticabile "narcisismo primario". Ed il fatto che la necessità di attaccamento, di relazione, sia un'esigenza primaria è stato dimostrato da studi etologici, che evidenziano la continuità tra i comportamenti animali ed umani (Bowlby, 1969).



Che cosa ha a che vedere tutto ciò con il problema terapeutico? In un innovativo scritto pubblicato nel 1960, Hans W. Loewald affermò che la nevrosi di transfert, come riattivazione della nevrosi infantile, è messa in movimento soprattutto dal fatto che l'analista si rende disponibile per lo sviluppo di una nuova relazione oggettuale. Il paziente tende ad inserire quest'ultima all'interno delle precedenti modalità relazionali, attivando il transfert, d'altra parte all'interno della nuova relazione oggettuale può essere messa in atto quella sequenza di fasi di disorganizzazione e di riorganizzazione dell'Io che consente all'Io medesimo, che si sviluppa normalmente attraverso fasi di integrazione e di deintegrazione, di riprendere un cam-

mino evolutivo. In altri termini, è possibile ritenere che la situazione analitica, come ambiente relazionale, contenga realmente elementi che sono isomorfi con la primitiva relazione con la figura materna, consentendo così al paziente di riattualizzare fasi antecedenti dello sviluppo, che si sono bloccate, e di rimettere in moto un processo di crescita. L'idea che l'ambiente umano offerto dall'analisi consenta di creare una nuova relazione oggettuale rimanda inoltre all'ipotesi che esso sia un "ambiente di contenimento", per usare l'espressione di Winnicott (1960b). Mettendo in atto la funzione dell'*holding*, la madre "tiene" il bambino all'interno di un sistema relazionale in cui possono essere esperiti degli affetti veri. Analogamente, «l'analista tiene il paziente, e ciò spesso assume la forma dell'esprimere in parole, nel momento opportuno, qualcosa che indica che l'analista conosce o comprende la profondissima angoscia che il paziente sperimenta o dovrà sperimentare» (Winnicott, 1963b). Funzione dell'ambiente di contenimento è inoltre quella di creare «un'illusione di sicurezza e protezione, un'illusione che dipende dal legame della comunicazione affettiva tra il bambino e chi si prende cura di lui. L'ambiente di contenimento comporta protezione non solo dai pericoli esterni, ma anche dai pericoli interni. Il contenimento implica infatti una limitazione, una capacità di tenere il bambino che ha un accesso di collera, così che i suoi impulsi aggressivi non si rivelino distruttivi nè per il bambino, nè per chi si prende cura di lui. A questo riguardo, non è insolito osservare all'inizio di una analisi che i pazienti mettono alla prova la capacità dell'analista di sopravvivere agli attacchi aggressivi» (Modell, 1984, pagg. 72-73).

Ricapitolando: se il problema basilare di alcuni pazienti, più evidente in alcune categorie diagnostiche, ma fundamentalmente presente in ogni essere

umano, è rappresentato dalla coesione del sentimento di sé e se questo è stabile soltanto qualora sia stato acquisito un preliminare sentimento di sicurezza all'interno dell'ambiente relazionale con le primarie figure di riferimento, è molto probabile che il paziente, nel momento in cui cerca la cura, porti proprio questo problema, cioè un problema relazionale. Ciò che gli consente di affrontare tutto questo è insito nell'ambiente analitico, fondamentale nel fatto che l'analista è, o dovrebbe, essere disponibile ad instaurare con il paziente un tipo di relazione, in parte isomorfo con la relazione madre-bambino, che consenta la riattualizzazione di quell'ambiente di contenimento in cui il paziente possa esprimere liberamente i propri affetti, di qualsiasi tipo essi siano, in cui questi affetti possano essere contenuti e compresi nel rapporto interpersonale, ed in cui grazie a ciò possa venire solidificato quel sentimento di sicurezza di cui, più o meno consapevolmente, viene avvertita la carenza. Ciò, evidentemente, ha delle ripercussioni anche sull'identità dell'analista. Quest'ultimo, infatti, deve essere realmente disponibile, ed in grado sul piano personale, a collaborare nell'affrontare una esigenza psichica vitale quale quella che il paziente gli presenta. Ciò implica che l'analista non si ritenga come il portatore di una istanza intellettuale cui il paziente deve adeguarsi, né come il portatore, necessariamente, del punto di vista più obiettivo, più adeguato alla realtà, bensì dimostri doti di costanza, affidabilità, continuità rispetto ai bisogni primari del paziente, comprensione empatica e capacità chiarificatoria rispetto a ciò che spaventa il paziente o di cui questi si vergogna (Modell, 1978). Naturalmente, perché ciò avvenga, è necessario che l'analista si consideri come un co-attore ed un co-autore sulla e della vicenda analitica, e non come un regista che si muove lucidamente dietro le quinte.

Si potrebbe obiettare a molte delle affermazioni fino ad ora esposte che questo punto di vista non si discosta particolarmente dall'approccio "empatico" al paziente propugnato, ben prima che da Heinz Kohut, da Carl Gustav Jung a proposito, ad esempio, della "proiezione attiva" come capacità di entrare attivamente e consapevolmente nel mondo psichico di un altro essere umano (Jung, 1921), e che quindi la puntualizzazione introduttiva sul modello psicoanalitico freudiano è da considerarsi, se non superflua, per lo meno scontata. A questa ipotetica critica si può tentare di fornire una risposta, se non altro abbozzata. Come è stato affermato (Jacoby, 1984), è teoricamente probabile che all'interno del *setting* analitico junghiano «analista ed analizzando siano seduti insieme, con un mutuo, consapevole interesse» (pag. 74). Ciò non esclude, però, che il preponderante interesse della cura junghiana per il mondo intrapsichico, fondamentalmente onirico, del paziente e la minore attenzione per le vicende transferali faccia passare in secondo piano, sfuggire alla consapevolezza ed agire inconsciamente componenti del gioco delle proiezioni e della relazione. Inoltre, una situazione in cui realmente vi sia una capacità reciproca di scambio empatico, di relazione Io-Tu, «accade raramente. Una situazione di tal genere potrebbe verificarsi qualora l'analizzando sia psicologicamente molto maturo, forse verso la fine di una intera analisi» (pag. 75). Esiste poi un altro punto cruciale. L'approccio freudiano tradizionale e quello junghiano sono accomunati dal fatto di considerare l'individuo come un sistema compiuto, in un certo senso "chiuso". Per essere più chiari, entrambi sono più attenti al "contenuto", cioè al mondo intrapsichico dell'individuo, che al "contenitore", cioè alla struttura mentale che consente l'esistenza di un contenuto. Ciò, probabilmente, deriva dal fatto che il "contenitore" viene dato per scontato, trattandosi

però di un elemento della metapsicologia sottostante: da un lato vi è la pulsione, dall'altro vi è il mondo archetipico. Pulsione ed archetipi sono l'ambiente in cui l'individuo nasce psicologicamente e si sviluppa, incontrando, in seconda istanza, il mondo relazionale umano. Se, invece, l'ordine logico viene rovesciato, cioè se si pensa che sia primariamente il mondo delle relazioni affettive a dare all'individuo quella struttura di base dentro la quale si situa un mondo interno, allora è possibile ritenere che il "contenitore" sia malato, e che possa essere guarito attraverso la "riattualizzazione", come più sopra si è cercato di dimostrare, delle relazioni affettive primarie all'interno della terapia.

In altri termini, gli approcci freudiano e junghiano sembrano teorizzare apparati psichici evoluti, senza dare una risposta alla problematica teorica, e clinica, relativa alle fasi più primitive dello sviluppo, alle patologie più "primitive" della personalità ed agli aspetti più primitivi presenti nella personalità di individui più sani. Che ciò sia vero è peraltro dimostrato dal fatto che la psicoanalisi post-freudiana ha dovuto fare lo sforzo di dare origine ad ulteriori punti di vista, sia teorici che clinici, che si sono anche in buona parte discostati dal solco iniziale e tra cui vi sono i tentativi di creare una psicologia relazionale che sono in parte stati descritti in questo scritto. Certamente questa esigenza è stata avvertita anche in ambito junghiano: vi è però da chiedersi come mai in esso la teoria della clinica abbia spesso dovuto svilupparsi cercando di creare modelli clinici "misti" che, come tali, pongono sempre dei problemi: basti pensare al rapporto con il pensiero kleiniano ed alle difficoltà di rinnovamento di esso. Comunque il problema della teoria clinica sviluppata dalla psicologia analitica va ben oltre gli scopi di questo scritto. D'altra parte, molti enigmi si sono affacciati in maniera sempre più prepotente sul-

la scena clinica negli ultimi anni, offuscando la tradizionale dicotomia nosografica nevrosi-psicosi e proponendo fenomeni ancora di incerta comprensione, basti pensare alle personalità "borderline" ed alla confusione diagnostica e terapeutica che ruota intorno ad esse (Maffei, 1993). In ogni caso, e ciò valga come affrettata conclusione ed auspicio, sia la comprensione delle origini interpersonali della personalità, che la costruzione di modelli clinici e terapeutici adeguati, rappresentano un compito per il futuro, su cui si è voluto in questo scritto aprire qualche spiraglio. A patto di esserci riusciti.



BIBLIOGRAFIA

BOWLBY, J. *Attachment and Loss*, vol. 1, *Attachment*, Basic Books, New York, 1969.

FREUD, S. *Studi sull'isteria* (1892-1895), in *Opere*, vol. 1, Boringhieri, Torino, 1967.

FREUD, S. *Tre saggi sulla teoria sessuale* (1905), in *Opere*, vol. IV, Boringhieri, Torino, 1970.

FREUD, S. *Dinamica della traslazione* (1912), in *Opere*, vol. VI, Boringhieri, Torino, 1974.

FREUD, S. *Osservazioni sull'amore di traslazione* (1914), in *Opere*, vol. VII, Boringhieri, Torino, 1975.

FREUD, S. *Inibizione, sintomo e angoscia* (1926), in *Opere*, vol. X, Boringhieri, Torino, 1978.

FREUD, S. *Analisi terminabile e interminabile* (1937), in *Opere*, vol. XI, Boringhieri, Torino, 1979.

GREENBERG, J.R. e MITCHELL, S.A. *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica* (1983), ed. it., Il Mulino, Bologna, 1986.

JACOBY, M. *The analytic encounter*, Inner City Books, Toronto, 1984.

JUNG, C.G. *Psychological Types* (1921), par. 784, *Collected Works*, Princeton Univ. Press, Princeton, 1953-1979.

KHAN, M.M.R. *Il concetto di trauma cumulativo* (1963), in *Lo spazio privato del Sé*, ed. it., Boringhieri, Torino, 1979.

KLEIN, M. *Note su alcuni meccanismi schizoidi* (1946), in *Scritti, 1921-1958*, Boringhieri, Torino, 1978.

KOHUT, H. *La guarigione del Sé* (1977), ed. it., Boringhieri, Torino, 1980.

LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.B. *The language of Psychoanalysis*, Norton, New York, 1973.

LOEWALD, H.W. *On the therapeutic action of Psycho-analysis*, «Int. J. Psychoanal.», 41:16-33, 1960.

MAFFEI, C. *Il concetto di borderline: una controversia terminologica, diagnostica, epistemologica*, in *Il disturbo borderline di personalità*, a cura di C. Maffei, Bollati Boringhieri, Torino, 1993.

MODELL, A.H. *The conceptualization of the therapeutic action of Psychoanalysis*, Bull. Menn. Clin, 42:493-504, 1978.

MODELL, A.H. *Psychoanalysis in a new context*, International Universities Press, New York, 1984.

SANDLER, J. *The Background of Safety*, «Int. J. Psychoanal.», 41:352-356, 1960.

STERBA, R. *The fate of the Ego in analytic therapy*, «Int. J. Psychoanal.», XV:117-126, 1934.

STRACHEY, J. *The nature of the therapeutic action of Psychoanalysis*, «Int. J. Psychoanal.», XV:127-159, 1934.

WINNICOTT, D.W. *Ego distortion in terms of true and false self* (1960a), in *The maturational processes and the facilitating environment*, International Universities Press, New York, 1965.

WINNICOTT, D.W. *The theory of Parent-Infant relationship* (1960b), in *The maturational processes and the facilitating environment*, cit.

WINNICOTT, D.W. *The development of the capacity to concern* (1963a), in *The maturational processes and the facilitating environment*, cit.

WINNICOTT, D.W. *Psychiatric disorders in terms of infantile maturational processes* (1963b), in *The maturational processes and the facilitating environment*, cit.

