

31/03/92

Claudio Neri

**FANTASIE E STATI MENTALI
TRANS-PERSONALI (1)**

*..... i miei occhi videro - la
lunga stoccata nel corpo e il corpo
sotto il cielo - ma quello che
videro fu la fine di una storia più
antica. Maneco Uriarte non uccise
Duncan ; le armi , non gli uomini ,
combattono. Avevano dormito , una
accanto all' altra , in una vetrina
, finchè le mani le svegliarono
[....]. Si erano cercate a lungo
[....]. Nel loro ferro dormiva ed
aspettava un rancore umano.*

J. L. Borges

L'analista , abitualmente , cerca di individuare le motivazioni personali (conscie ed inconscie) , che stanno alla origine di una data situazione , presentata dal paziente come dovuta al caso o determinata da fattori indipendenti dalla sua volontà e dal suo desiderio ; in certi casi , è utile cambiare , temporaneamente , punto di vista ed interrogarsi se il paziente non abbia invece a che fare con "qualcosa" che non gli appartiene.

Proseguirò con un esempio :

Un nonno, un figlio ed un nipote. Il nipote (il paziente in analisi) capta una frase che il nonno dice a suo padre: " non farlo sentire in colpa". Si interroga: "di che cosa non devo sentirmi in colpa?". Una serie di circostanze gli permette di capire che il nonno sta parlando al padre della morte del fratello (lo zio del paziente). Il nonno, da un lato induce il senso di colpa, dall'altro desidera proteggere il nipote. Le aspettative del nonno (e del padre) hanno influenzato , in diversi modi , il destino di questo paziente. Ora che , l'analisi è abbastanza avanzata, egli è sulla via di decidere se (in che misura ed in che senso) questa colpa gli appartiene. Intendo dire : gli appartiene come persona e non soltanto come membro di un clan familiare. (Cfr. Soavi , 1992)

(1) Presentato al panel su *Sviluppi della ricerca sulla fusionalità* ; Centro di Psicoanalisi Romano (11 Aprile 1992)

Fantasma trans-generazionale

La situazione clinica che ho delineato porta a prendere in esame la nozione di "fantasma trans-generazionale". (Cfr. Lebovici, 1988).

Tale nozione considera:

- la ragione della "presa in carico" ;
- lo stabilirsi di una catena (o sequenza) di identificazioni ;
- il fantasma.

La ragione che porta una persona ad assumere la eredità fantasmatica, del padre o del nonno, è la necessità di mantenere (comunque) un legame (d'amore e di odio) con loro.

Questa intuizione è già contenuta in Freud (1923) ; egli scrive :

"La presa in carico [....] è spesso il solo residuo, difficile da riconoscere, della relazione d'amore abbandonata."

Il passaggio di un sentimento di colpa (o di una fantasia) da una generazione ad un'altra implica, inoltre, il realizzarsi di catene di identificazioni tra padri e figli.

Faimberg (1988) parla di "un tipo speciale di identificazione inconscia ed alienante che condensa tre generazioni".

E' possibile chiamare in causa anche la imitazione, nel senso specificato da E. Gaddini (1969).

La idea di fantasma è l'aspetto più complesso della nozione. (Cfr. L.Cappellato et all., 1991)

Alcuni psicoanalisti, stabilendo una analogia con i ricordi di copertura, parlano di "immagine-schermo". Altri suggeriscono che il "fantasma", come la scena primaria, si costituisca attraverso la "organizzazione retroattiva" di vissuti, inizialmente soltanto registrati e non investiti di emozioni e di particolare valore fantasmatico. (Cfr. Cournut, 1990)

Per parte mia, trovo utile accostare il "fantasma" ai "miti familiari".

In questi miti, un avvenimento o una figura hanno il posto centrale e di maggiore rilievo ; dietro la facciata (sotto l'egida) di tale figura, si trova però un coacervo di fantasie, pregiudizi, modi di stare insieme propri del clan familiare.

Il "mito familiare" contiene anche un piccolo nucleo di sentimenti. Questi sentimenti - solitamente correlati a vissuti di miseria, indegnità e vergogna - sono celati.

Per riuscire a percepirli, è necessario registrare attentamente l'ascolto. Seguendo la narrazione del paziente, talora, si avverte una certa dissonanza tra i sentimenti che vengono attivati in chi segue il racconto e la luce (spesso eroica ed epica) in cui vengono presentati i fatti. Dando spazio a questa percezione, si può cogliere (ad esempio nel tono della voce o in un particolare del resoconto) l'eco di qualcosa (il vissuto di indegnità e

miseria) , che la "narrazione ufficiale" non esprime. (Cfr. Tagliacozzo , 1992)

Alcune osservazioni

Utilizzando la nozione di "fantasma trans-generazionale" nel lavoro quotidiano - in alcuni casi , mi è parso che fosse pienamente corrispondente ai dati clinici.

Ero cioè in grado di riconoscere una *fantasia* , elaborata ed istituzionalizzata dalla famiglia , e poi apertamente tramandata o segretamente indotta.

Potevo distinguere la *catena di identificazioni* , che ne consentiva la trasmissione.

Mi era , infine , possibile individuare il *rappresentante psichico* (il padre , il nonno , l'avo) attivatore della fantasia.

In altri casi , invece , la configurazione clinica con cui mi trovavo confrontato differiva , per un aspetto o per un altro , da questo modello.

Ad esempio , i "contenuti" non erano ben definiti ed organizzati. Si trattava , piuttosto , di impalpabili atmosfere , stati d'animo, modalità di percepire se stessi.

Non mi trovavo di fronte alla identificazione con un genitore (o ad una catena di identificazioni) , ma alla quasi completa indistinzione tra generazioni.

I "contenuti" non erano trasmessi da una persona ad un'altra , ma , per così dire , si diffondevano.

Paradossalmente , anzi , erano i "contenuti" (le atmosfere , gli stati d'animo , i modi di rappresentarsi e percepirsi) ad inglobare e tenere insieme persone ; le quali , per quel certo aspetto della loro identità , erano "non strutturate" ed indifferenziate tra loro.

Il sogno dei tre vasi

Svilupperò il discorso attraverso un esempio clinico. Il materiale è tratto dalla analisi di una giovane donna che aveva richiesto il trattamento perchè sofferente di agorafobia. Nella esposizione , il problema della claustrofobia resta però sullo sfondo , mentre sottolineerò particolarmente il rapporto tra propagazione di certi stati d'animo e carente sviluppo della identità.

La solidarietà di Maria con la madre era fondata , in grande misura , sul partecipare la sofferenza.

Durante l'infanzia , per Maria , la madre era stata pressoché irraggiungibile , perchè quasi sempre chiusa in un suo mondo di fantasie e ricordi. La madre prestava sollecita attenzione soltanto quando c'era qualche pena da condividere. Maria , dunque , per potere accedere alla vicinanza affettiva della madre , doveva accettare di conformarsi alla sua etica della sofferenza.

Un secondo tratto della solidarietà tra madre e figlia era la convinzione di essere persone nobili. Persone che , in ogni caso , agivano , pensavano , sentivano , in modo nobile. (2)
La nobiltà colorava , pure , la loro condivisione della sofferenza. (3)

Questi tratti caratterizzavano , anche , la loro identità di donne. (Cfr. N.L. Stein et all., 1991).

Nella famiglia di origine della madre , la donna era considerata incapace di ogni iniziativa pratica. Doveva essere protetta , come una eterna bambina. La sua sessualità era in parte ignorata , in parte repressa. (4)

Il marito (padre di Maria) , appartenente ad un diversa cultura e ceto sociale , si era messo in relazione con lei in termini di dominio ed asservimento.

La nobiltà e l'accettazione della sofferenza , probabilmente , erano stati per la madre di Maria, un mezzo per contrastare il senso di miseria e riscattare , almeno in parte , una immagine positiva di se stessa.

Maria era riuscita , solo in piccola misura , a personalizzare e fare maturare il "modo di essere donna" che aveva assorbito dalla madre.

Inoltre , senza che lei se ne rendesse conto , questo modo (antiquato , incompleto ed appena abbozzato) di vivere la identità femminile , si era esteso anche al rapporto con sua figlia.

In coincidenza con la pubertà , la figlia di Maria si era ammalata gravemente. Come verrà diagnosticato in seguito , si trattava della mancata espansione di uno dei lobi di un polmone (atelectasia polmonare). (5)

Maria - in occasione della malattia della figlia e prendendosi cura della bambina - si assunse per la prima volta , pienamente , delle responsabilità. Questo le permise di avvertire che la maniera , sino ad allora mantenuta , di "stare insieme" con la figlia era insufficiente e costrittiva. Secondo le sue parole : " Un affetto può essere soffocante. Una solidarietà troppo forte può impedire di muoversi, costringe ad essere come si è secondo quella idea."

(2) Altri esempi sono rappresentati da famiglie nelle quali la mondanità o la politica sono molto importanti.

(3) Viene trasmessa , soprattutto , una qualità del rapporto. In altri casi , la mancanza di una qualità.

(4) G. Petacchi (1992) mi segnala una situazione opposta a quella della mia paziente. Si tratta di una famiglia matriarcale , in cui qualunque donna si fosse fidanzata o avesse sposato un "maschio dominante" veniva (in diversi modi) attaccata dall'intero clan.

(5) L'atelectasia può venire considerata un esito di una simbiosi , che schiaccia le possibilità di sviluppo , perchè si è condizionati a muoversi soltanto in due o tre direzioni.

Maria capì , inoltre , che per essere veramente di aiuto alla figlia , doveva mettere in discussione il legame che aveva con la propria madre.

Nel momento culminante del processo di revisione e cambiamento , Maria sogna :

Tre colleghe (insegnanti) venivano in visita a casa mia. Mostrando loro il terrazzo , notavo tre vasi , montati uno sopra l'altro.
Entravo in casa. L'attenzione si rivolgeva , ora , al tavolo da pranzo , che aveva un piede centrale unico.
Il piede si apriva. Dentro , c'era una pianta , poco sviluppata ed in cattive condizioni per la mancanza di acqua , luce ed aria , ma ancora viva.

Queste sono le associazioni al sogno :

I vasi montati uno sull'altro le ricordano la linea femminile costituita dalla madre , lei stessa e la figlia.

Il piede del tavolo , il ceppo della famiglia ; la piantina soffocata , la figlia ed anche lei stessa.

La mancanza d'aria , luce ed acqua , gli affetti soffocanti , che costituivano il legame tra lei e la madre.

Le tre colleghe che vengono a visitarla a casa sono avvicinate , dalla paziente , ad una mentalità nuova (diversa da quella di sua madre) ed anche alle tre sedute analitiche settimanali.

In particolare , la loro visita al terrazzo , le fa tornare alla mente una piccola invenzione che ha introdotto nella cura delle piante , e che crede possa riguardare anche il suo rapporto con la figlia.

Ecco il resoconto dell'invenzione di Maria :

L'anno passato , nel terrazzo , avevo messo delle piantine fiorite di "impatiens" o "fiore di vetro" dentro delle cassette , che contenevano già delle grandi piante rampicanti. Poiché i rampicanti hanno molte radici , queste piantine , che avrebbero dovuto dare colore al terrazzo , erano venute su grame e stentate.

Quest'anno ha pensato di fare qualcosa di diverso : mettere le piantine fiorite in ciotole di cotto da appoggiare sopra la terra delle cassette. Ho anche provveduto che il cotto delle ciotole fosse sottile.

La sottigliezza del cotto ha una ragione. Il terrazzo è dotato di un impianto automatico di annaffiatura , che comprende le cassette , ma non le ciotole aggiunte. Ho pensato che , quando d'estate fossimo partiti per le vacanze , le piantine si sarebbero potute nutrire per imbibizione , attraverso la sottile parete di cotto. Ed è stato così , quando siamo tornati a Roma : nelle ciotole , la terra era secca in superficie , ma sotto era umida. E le piantine si sono riprese bene .

La interpretazione che propongo alla paziente è centrata sull'idea di un nuova relazione tra lei e la figlia. Poste nella stessa terra delle piante rampicanti dalle molte radici (le radici dell'albero genealogico , gli affetti totalizzanti) , le piantine fiorite soffocano ; staccate completamente non potrebbero rifornirsi di acqua e nutrimento. Uno strato sottile e poroso (una pelle) deve tenerle separate ed in rapporto. Così , le piantine avranno spazio per svilupparsi ed il nutrimento essenziale potrà passare dal vaso grande alle ciotole.

Propagazione trans-personale

Nel caso di Maria , gli "affetti soffocanti" si estendevano dalla madre a lei , ed avevano inglobato anche il rapporto con la figlia.

La relazione di Maria con l'analista era però preservata. Da questa base sicura , l'analizzanda aveva potuto prendere consapevolezza e cambiare gli altri rapporti.

In altri pazienti, anche, la relazione con l'analista è invasa in modo considerevole.

Lo spazio di una possibile relazione analitica è occupato dal propagarsi di "qualcosa" , che informa in grande misura gli scambi in seduta.

Un breve (ultimo) esempio clinico consentirà di sviluppare il discorso :

Un paziente è così abile nel determinare nell'analista , con diverse modalità , passività , stanchezza e noia che egli ne è in un certo senso affascinato.

L'emergenza di questi fastidiosi e paralizzanti stati mentali potrebbe venire considerata come effetto di un attacco invidioso alla capacità di pensiero dell'analista. Secondo un'altra prospettiva teorica e tecnica , è possibile leggere il comportamento del paziente come espressione del bisogno di tenere stretto l'analista , di averlo tutto per sé , di tenerlo in suo potere.

Ambedue le interpretazioni colgono qualcosa che è effettivamente presente nella relazione. Vorrei però mettere in evidenza una terza possibilità.

Il paziente non provoca la noia. La noia , in parte si propaga attraverso di lui ; in parte , egli la "duplica".

La noia (insieme ad un crudele moralismo) costituiva l'atmosfera che regnava nell'ambito della sua famiglia. Era l'elemento che teneva unita (stretta) una famiglia che si annoiava. L'elemento che si conosceva ed al quale si ricorreva per sapere di stare insieme. Questa atmosfera era stata poi assunta dal paziente come suo contesto mentale ed egli ora la riproduceva in analisi perché l'analista la elaborasse e la trasformasse.

Il paziente è prigioniero di "qualcosa" che riesce a riprodurre, ma di cui (diversamente dagli altri due analizzandi) non è in grado di assumersi alcuna responsabilità. Qualcosa che, da un lato lo imprigiona ed annulla (sino a farlo diventare indistinto da ciò che lo intrappola), ma che egli stesso continuamente riattiva. Questo "qualcosa" (che definirei "campo") occupa ciò che potrebbe essere lo spazio analitico.

Campo

Con il termine "campo" mi riferisco, più precisamente, a fenomenologie che, anche quando nascono da una certa relazione (o gruppo o famiglia), divengono poi, in una certa misura, indipendenti dalle persone che le hanno originate.

I fenomeni di "campo" rimangono spesso al di fuori della consapevolezza; altre volte, vengono percepiti come interferenze o come atmosfere pervasive.

Il "campo" - sebbene questo sia sovente difficile da dimostrare - influenza ed indirizza la percezione ed il vissuto degli individui, della coppia, del gruppo. (Cfr. Neri, 1991)

Il modo di manifestarsi ed agire di alcuni "sentimenti" può venire, utilmente, considerato alla luce di questa idea.

Si può, ad esempio, ipotizzare che il rancore (di cui parla Borges) e la colpa esercitino la loro azione polarizzando potentemente il "campo" mentale e relazionale.

Anche l'efficacia della noia e della depressione può essere in parte spiegata, pensando che questi stati affettivi moltiplichino il loro potere, per mezzo della quasi completa saturazione del "campo".

Un avvicinamento può essere tentato anche tra sintomi somatici e campo.

Ad esempio, alcuni "mal di testa", che vengono "ereditati" da uno dei genitori o dei nonni, possono essere considerati come l'"equivalente" del vivere in un campo, divenuto claustrofobico. (Cfr. L. Pallier, 1992)

Taluni attacchi ricorrenti di colite possono venire letti come effetto della dissoluzione dei confini e della struttura di un campo, in cui precedentemente era possibile sperimentare gli affetti ed esercitare il pensiero.

Sistema protomentale

Una accurata comprensione delle modalità di propagazione dei fenomeni di campo sarebbe di particolare importanza per il lavoro analitico.

Una spiegazione può essere forse trovata , considerando l'esistenza di uno stadio proto-mentale.

I fenomeni allo stadio protomentale sono , contemporaneamente, somatici e psichici. X

Come precisa Bion :

"Io rappresento [....] il sistema protomentale come qualcosa in cui il fisico e lo psicologico o mentale si trovano in uno stato indifferenziato".

"Sono questi livelli protomentali che costituiscono la matrice delle malattie [ad esempio della tubercolosi] [...] che si manifestano nell'individuo ma hanno delle caratteristiche che dimostrano [...] come sia il gruppo [...] ad esserne affetto..."

A livello dei fenomeni protomentali, anche l'individuo ed il gruppo sono indifferenziati:

"non si può capire la sfera degli avvenimenti proto-mentali riferendosi all'individuo soltanto ed è invece negli individui riuniti [...] che si trova il terreno adatto per capire la dinamica dei fenomeni proto-mentali.

Lo stadio proto-mentale nell'individuo [infatti] è solo una parte del sistema proto-mentale" (Cfr. W.R. Bion, 1961) X

Nella sfera proto-mentale l'individuo è parte di un sistema , anche quando ad altri livelli mentali ha realizzato la distinzione. Può soccorrere l'immagine della fungaia :

guardando una radura , l'osservatore vede i singoli funghi sparsi in una vasta area del prato ; una fotografia a raggi infrarossi mostrerebbe invece non i funghi , ma la rete che li unisce.

Certi pazienti (come l'analizzando che induce noia) includono l'analista nel sistema protomentale del loro gruppo-famiglia. Su questa base somato-psichica (protomentale) si diffondono stati e campi mentali.

Essere tutt'uno

La nozione di sistema protomentale è di un elevato grado di astrazione. Nel lavoro in seduta, è utile accostarle formulazioni di ordine fenomenologico; ad esempio, quella che propone l'idea dell'"essere tutt'uno".

L'osservazione clinica porta a riconoscere, nell'ambito dell'"essere tutt'uno", un'ampia gamma di condizioni affettive e mentali.

Ad un estremo, si trova una condizione necessaria per lo sviluppo della capacità di vivere i rapporti emotivi:

- la *fusionalità*, intesa come base di ogni profonda compartecipazione emotiva.

Ad un altro, due condizioni che rendono difficile lo sviluppo del rapporto:

- la *concreta dipendenza* dall'altro (bisogno della presenza fisica e di costante, totale attenzione);

- la *confusione* (l'altro è indistinguibile da sé e nel contempo irraggiungibile).

Tecnica

Per affrontare i quadri clinici, dei quali ho fornito alcuni esempi, è importante promuovere il passaggio dalle forme concrete di indistinzione (concreta dipendenza, confusione) alla fusione. Solo successivamente (quando la fusione sarà stata sperimentata ed il bisogno di concreta dipendenza alleviato), per il paziente diviene possibile procedere verso forme di rapporto nelle quali fusione e separatezza coesistono (pelle mentale). (Cfr. D. Anzieu, 1987).

Il volume *Fusionalità* (scritto insieme a L. Pallier, G. Petacchi, G. C. Soavi, R. Tagliacozzo), fornisce indicazioni a questo proposito. Non aggiungerò altro.

Vorrei, invece, dire ancora alcune parole sulla importanza di avere "sott'occhio" la dimensione e gli elementi collettivi.

Si può stabilire una fusione, una concreta dipendenza, una confusione - non soltanto con la madre o con il partner - ma anche con un gruppo o un clan o una famiglia. Le nozioni di fantasma tran-generazionale e di campo trans-personale possono essere di aiuto nell'individuare queste relazioni. Danno inoltre un contributo nel lavoro di separazione di ciò che è personale da quanto viene tramandato o diffuso da un nucleo familiare o da un gruppo.

Un'ultima nota riguarda le situazioni analitiche, nelle quali un "campo limitante ed oppressivo" occupa il potenziale spazio analitico.

In questi casi, la accettazione, il contenimento, la disponibilità dell'analista come oggetto-Sè non bastano. (Cfr. M.F. Basch, 1986 e H.C. Curtis, 1986). Sinchè l'analista, non si rende conto di essere nel campo attivato dal paziente - viene ripetutamente inglobato al suo interno ed inconsapevolmente continua a farne parte.

E' necessaria una operazione di ridefinizione del campo; per certi versi, analoga alla operazione di definizione di *setting*. (Cfr. E. Gaburri, 1992).

L'analista, in questi casi, deve cautamente destrutturare il campo patologico. Il lavoro, spesso, è lungo: bisogna infatti tenere presente una duplice necessità del paziente: necessità di affrancarsi dal campo per lasciare emergere ciò che è individuale; e nel contempo, necessità di preservare il campo per tenere insieme se stesso e conservare un'unione con la persone prossime. Per uscire dal campo patologico (sofferenza, noia) l'analista ed il paziente procedono per piccoli aggiustamenti, in modo da non perdere la fusionalità (che prima era consentita dalla patologia e dalla sofferenza)

Soltanto quando sarà stato, almeno in parte, destrutturato e reso più duttile il "campo patologico", l'analista potrà dispiegare (insieme al paziente) un campo, che per le sue caratteristiche consenta la vita della relazione.(6)

(6) Nei centri di accoglimento (day hospital), con una certa frequenza, i pazienti gravi, si rifiutano di accedere alla "struttura". Questi mancati accessi (e le successive eventuali assenze) vengono solitamente considerati come un rifiuto del centro e dell'equipe, operato da parte del paziente. Si può considerare il problema (anche) da una seconda prospettiva: non come rifiuto ad andare (al centro), ma come un non poter lasciare la casa.

Molti pazienti gravi, infatti, hanno grandissima difficoltà a sciogliersi da una fusionalità patologica con il campo della famiglia. Lasciare casa significherebbe correre il rischio di perdere una condizione di fusionalità, che è assolutamente necessaria per loro, sebbene sia anche causa di sofferenza.

BIBLIOGRAFIA

- D. Anzieu (1985) - *L'Io pelle*
Borla, Roma, 1987
- M. F. Basch (1986) - Can This Be Psychoanalysis?
in A. Goldberg *Progress in Self Psychology*
(Volume 2)
Ed. The Guilford Press , London, 1986
- W.R. Bion (1961) - *Esperienze nei gruppi*
Borla, Roma, 1971
- J. L. Borges (1970) - L' incontro ; in *Il manoscritto di Brodie ;*
in *Tutte le opere* (vol. II°) ;
Mondadori , Milano , 1985
- L. Cappellato et all. (1991) - Fantasma e affetto in psicoanalisi
in G. Hautmann , A. Vergine (a cura
di) *Gli affetti nella psicoanalisi*
Borla, Roma, 1991
- J. Cournut (1990) - Le sentiment de culpabilite inconscient
Emprunte. Transmis
Presentato al I° colloquio Italo-Francese
Parigi, 1990
- H. C. Curtis (1986) - Clinical consequences of the Theory of Self
Psychology
in A. Goldberg *Progress in Self Psychology*
(Volume 2)
Ed. The Guilford Press , London, 1986
- Faimberg (1988) - Citato secondo J. Cournut
- S. Freud (1923) - *L'Io e l'Es*
OSF IX°

- E. Gaburri (1992) - Emozioni, Affetti, Personificazioni
in corso di pubblicazione su
Rivista di Psicoanalisi
- E. Gaddini (1969) - On imitation
Int. Journal Psycho-Anal., 50
- S. Lebovici (1988) - Fantasmatic and interaction
intergenerational transmission
Infant Mental Health, 1988, 6, 1, pp.10-19 X
- C. Neri (1991) - Campo - Tre possibili impieghi e linee di
sviluppo dell'idea, in ambito psicoanalitico e
psichiatrico
Presentato al Convegno *I confini dell'individuo e
del gruppo*, Firenze 11.5.1991
- C. Neri et all. (1991) - *Fusionalità : Scritti di psicoanalisi
clinica*
Borla, Roma, 1991
- L. Pallier (1992) - Alcune considerazioni sulla mania in relazione
ad una insufficiente strutturazione del Sè
Presentato al Panel: *Sviluppi della ricerca
sulla fusionalità*; Centro di Psicoanalisi
Romano, 11 Aprile 1992
- G. Petacchi (1992) - Comunicazione personale
- G.C. Soavi (1992) - Deficit e organizzazione ossessiva
Presentato al Panel: *Sviluppi della ricerca
sulla fusionalità*; Centro di Psicoanalisi
Romano, 11 Aprile 1992
- N. L. Stein et all. (1991) - Children's and Parents' Memory for
Real Life Emotional Events:
Conditions for Convergence and
polarization
Presentato al Seminario tenuto presso
il Dipartimento dei Processi di
Sviluppo e Socializzazione;
Università "La Sapienza" Roma,, 1991
- R. Tagliacozzo (1992) - Considerazioni sul Sè e sul sentimento di
colpa inconscio
Presentato al Panel: *Sviluppi della ricerca
sulla fusionalità*; Centro di Psicoanalisi
Romano, 11 Aprile 1992