Cinema

a cura di Tiziana Liverani

Due film, due tematiche diverse che affrontano due aspetti di una unica realtà, un vivere la vita sulle grandi dualtà.

La dualità presente in "Una famiglia perfetta" si esplica in un ingorgo di vita autentica e inautentica, recitata, una "mise en scene" dove è presente l'amore, univoco, stanco, tradito, l'amore che nasce e si rigenera. La fedeltà, quella resa ai propri sogni, alle promesse fatte, agli ideali e alla propria vocazione. La solitudine, la frustrazione, i treni passati e quelli ancora da prendere. Dove viene messa in scena la vita.

Sino alla vera e propria scissione di "E la chiamano estate", scissione profonda dolorosa, interiore che lacera, tra eros e amore,che accompagna la vita di Dino, la sua difficoltà a vivere e a comunicare i sentimenti, nella loro parte più autentica, con un infinito vuoto da colmare.

Rappresentazioni quindi delle grandi dualità presenti nella vita e al quale il genere umano è chiamato a riflettere.

UNA FAMIGLIA PERFETTA
Regia di Paolo Genovese (2012)

Un grande cast italiano (Castellitto, Gerini, Neri, Giallini, Crescentini, Occhini) per un film denso ma che arriva in modo fluido e diretto al fruitore. E' come se il forte impatto emotivo, legato al peso psichico delle dinamiche relazionali tra i personaggi, si diradasse lungo la pellicola alleggerendosi come la luce che, attraversando il prisma, si dipana e viene modificata nella sua forma.

E' un intreccio tra vita vissuta e finzione, il cui confine viene sottilmente sfumato da Genovese tra le scene incalzanti del film in cui i personaggi camminano lungo un filo sottile. L'aforisma Shakespeariano: "tutto il mondo è un teatro e tutti gli uomini e le donne non sono che attori" risuona in modo emblematico in "Una famiglia perfetta".

Leone, interpretato impeccabilmente da Sergio Castellitto, è il protagonista che ingaggia una compagnia teatrale per interpretare la sua famiglia il giorno della vigilia di Natale. Ognuno ha un ruolo definito e trascritto con cinica perfezione sul copione. Ma l'umano tentativo di controllare e gestire ogni azione viene stravolto dall'aspetto troppo umano dell'imprevisto. Il palcoscenico viene sempre messo a repentaglio da quella che chiamiamo vita, che come un fiume in piena travolge gli argini della perfezione preconfezionata e illusoria.

Le motivazioni che spingono Leone a una tale stravagante richiesta rimangono nell'ombra fino all'ultimo ma questo interrogativo iniziale di cui gli attori della compagnia si fanno portatori si scioglie mentre ci si immedesima sempre più nel ruolo. Il lavoro degli attori viene messo continuamente alla prova. I personaggi devono, infatti, fare i conti con la loro vita privata, con il personaggio da rappresentare e con Leone unico spettatore e anche regista stesso dell'opera che è la sua vita, forse mancata, sognata o semplicemente immaginata.

Potremmo definirlo un meta-film, la recitazione nella recitazione, che di per sé non è una novità ma una chiara eredità pirandelliana. Ciò che comunque, a mio avviso, appare fresco e vivido è il movimento che il regista riesce a creare tra l'entrata e l'uscita di scena dei personaggi. Un movimento così veloce che appare paradossalmente non presente. E' come se le relazioni fossero all'interno di un continuo scambio transferale e controtransferale tra se stessi, la parte che recitano e gli altri.

E' in questo ingorgo di vita autentica e inautentica che vengono raccontati e toccati diversi temi: l'amore, quello univoco, stanco,tradito, ma anche l'amore che nasce e si rigenera. La fedeltà, quella resa ai propri sogni, alle promesse fatte, agli ideali e alla propria vocazione. La solitudine, la frustrazione, i treni passati e quelli ancora da prendere. "Una famiglia perfetta" è un film che si presenta con tutta l'insostenibile leggerezza dell'umanità, con la cura di ogni dettaglio psichico dei

meta attori, che - malgrado il ferreo copione -"recitano a soggetto" per ventiquattro ore.

Genovese, insomma, regala uno scorcio di vita a tratti drammatica, a tratti ironica ma che è senz'altro spunto di riflessione in questo copione esistenziale a volte attivamente recitato, altre volte passivamente osservato.

Tina Romeo

E LA CHIAMANO ESTATE
Regia Di Paolo Franchi (2012)

L'opera di Paolo Franchi premiata dalla giuria del festival internazionale del film di Roma per la migliore regia, film controverso accolto con fischi e polemiche dal pubblico, si presenta come un film complesso e variegato sulla difficoltà di vivere una storia d'amore, non-amore patologico, o piuttosto una storia di masochismo,verrebbe da dire.

Dino e Anna una coppia di quarantenni, lui un amore smisurato per lei che non riesce neppure a sfiorare, il loro un rapporto non consumato.

Lui anestesista di giorno, amante compulsivo di notte esclusivamente con prostitute e scambisti. La morte precoce di suo fratello e l'abbandono di sua madre, lo segnano profondamente e lo conducono ad una fame di amore compulsivo, Dino ritiene di non meritare nulla di buono, costringendosi per punirsi ad una degradante esperienza sentimentale e di vita.

Respinge l'amore tenero ed affettuoso di Anna che non riesce a soddisfare, recuperando gli ex amanti della stessa, pregandoli di tornare con lei per appagarne il piacere che lui non le sa donare. Dino chiede ad Anna di cercarsi un amante appassionato. Anna dopo una iniziale riluttanza, finisce per cedere e trascorre qualche notte con un amante sconosciuto.

Ma l'amore per Dino é più forte di qualsiasi piacere fisico e tornerà a casa. L'anestetizzato Dino riempie il suo vuoto interiore, con l'esercizio compulsivo della pratica sessuale,come a riempire quel vuoto atavico della perdita. Una profonda dolorosa scissione interiore tra eros e amore accompagna la vita di Dino, la sua difficoltà a vivere e a comunicare i sentimenti.

La figura mutacica di Anna, la sua profonda sofferenza per una storia d'amore tormentata e alla quale non vuole rinunciare, perché la sofferenza di Dino la fa sentire profondamente amata: tutto appare senza soluzione.

La narrazione dei sentimenti, l'aspetto voyeuristico della presentazioni dei corpi, i dialoghi ampollosi ed incongrui con il contesto, le voci fuori campo anche troppo presenti, il biancore degli interni gelidi: tutto concorre ad un vissuto di atemporalità e asetticità e a quel vissuto di vuoto che vivono i due protagonisti e che prende anche lo spettatore.

Tiziana Liverani

Libri

a cura di Bernardino Foresi

Nel campo della ricerca neuroscientifica il nome di Antonio Damasio è tra i più noti. Neuroscienziato di fama mondiale, nato a Lisbona, da decenni vive e lavora a Los Angeles dove dirige il Brain and Creativity Institute. Deve la sua notorietà ai suoi studi sulla fisiologia delle emozioni, sulla memoria e sull'Alzheimer, nonché ai suoi fondamentali libri (L'errore di Cartesio, Emozione e sentimenti, Alla ricerca di Spinoza, tradotti in Italia da Adelphi).

Nel suo ultimo libro, Il sè viene alla mente*, il neurobiologo affonta più direttamente il tema della formazione della coscienza, o meglio, per utilizzare il suo punto di vista, come il cervello costruisce la mente cosciente. L'immagine a cui ricorre, citando il suo connazionale Fernando Pessoa, è quella dell'esecuzione di una sinfonia: "La mia anima è una misteriosa orchestra, non so quali strumenti suoni e strida dentro di me; corde e arpe, timballi e tamburi. Mi conosco come una sinfonia". Naturalmente questo è il linguaggio del poeta: la biologia si riferisce ad organi, centri e vie cerebrali, connessioni e mappe neuronali che funzionano anche senza mente e coscienza. Attraverso studi, esperimenti ed osservazioni Damasio ci conduce nel 'sottosuolo' della coscienza che diventa tale solo quando compare il direttore dell'orchestra.*

Il secondo libro che presentiamo si deve ad un neuroscienziato italiano, Fabrizio Benedetti, prof. di fisiologia e neuroscienze all'Università di Torino, con attività di ricerca e consulenza in alcune università americane (UCLA, Dallas, Harvard) soprattutto per i suoi studi sull'effetto placebo.

Conosciuto da sempre e da tutte le culture, anche quando non aveva questo nome, l'effetto placebo (dal latino 'piacerò'*) viene ora indagato con metodo scientifico non solo per verificarne la validità in campo medico, ma anche in ambito sociale, etico e di costume. Non solo la fiducia nel medico che prescrive il farmaco è una variabile che può esaltare (o annullare!) l'effetto del farmaco stesso, ma la semplice possibilità di rivolgersi a qualcuno quando soffriamo è di per sè curativa. In una recente intervista Benedetti affermava come il semplice 'spulciamento' (tipico dei primati) avesse costituito un salto evolutivo nel prendersi cura dell'altro, così come la figura dello sciamano nelle culture primitive fino alla figura del medico attuale.*

L'aspettativa di cura, il contatto con l'altro o il semplice ascolto empatico sono alla base della costruzione dell'alleanza terapeutica nella relazione psicoterapeutica che può essere indagata con metodo scientifico al pari dei trial farmacologici.

IL SÉ VIENE ALLA MENTE *la costruzione del cervello cosciente*
Damasio Antonio
Adelphi, Milano 2012; 463 pag.

"I libri dovrebbero essere scritti per una ragione, e questo è stato scritto per ricominciare da capo" ci avverte Damasio nelle prime pagine del suo ultimo libro (pubblicato in lingua inglese nel 2010 e ora tradotto in italiano, come i suoi precedenti lavori, nella collana 'Biblioteca Scientifica' dell'Adelphi). Un densissimo libro in cui ricominciare da capo significa per l'autore ripensare almeno un trentennio di studi e ricerche neurobiologiche sul funzionamento del cervello umano, fino a porsi due domande fondamentali: come fa il cervello a costruire la mente? E come fa il cervello a dotare quella mente di coscienza?

La coscienza non è un mero stato di veglia, anche se 'il sé viene alla mente' ogni volta che ci svegliamo. Ma "senza di essa - in altre parole senza una mente dotata di soggettività – non avremo alcun modo di sapere che esistiamo, e meno che mai di sapere chi siamo e che cosa pensiamo". E' quindi la soggettività, la presenza di un 'sé alla mente' che caratterizza la coscienza. Damasio crede fermamente che la mente cosciente emerga quando ad un processo elementare si aggiunga un processo del sé: tale processo può essere considerato sia come un osservatore (che coglie un oggetto esterno e ne viene modificato) sia come un sé conoscitore (un soggetto della conoscenza).

Per il biologo è sempre il corpo il punto di partenza e corpo e cervello sono strettamente collegati. Le funzioni fondamentali del corpo vengono rappresentate nel cervello sotto forma di 'mappe neuronali'che producono 'immagini' nella mente. Queste immagini mentali dello stato funzionale del corpo (che costituiscono il 'proto-sé') non

sono però immagini coscienti, come quelle visive che produciamo nello stato di veglia (o come i ricordi, o come i sogni) ma rappresentano l'esperienza diretta del nostro corpo (come il piacere o il dolore), un corpo che vive, anche senza mente e senza coscienza. Come accade negli animali, anche negli organismi più semplici. Il proto-sé negli esseri umani produce quelli che Damasio definisce 'sentimenti primordiali'. A questo primo livello si aggiunge il 'sé nucleare' che guida all'azione e infine il 'sé autobiografico' che include dimensioni sociali e spirituali.

Il cervello umano comincia a costruire un abbozzo di mente non a livello corticale (pur essendo dotato di una corteccia) ma nel tronco encefalico superiore. Ma è solo l'inizio di un processo molto più articolato e senza soluzione di continuità che coinvolge altri settori specifici del tronco encefalico, un gruppo di nuclei del talamo e alcune regioni della corteccia cerebrale. Nel produrre la coscienza, tutti questi siti cerebrali si integrano e si coordinano come fossero gli strumenti di un' orchestra che esegua un brano sinfonico; manca solo il direttore d'orchestra, il sé, che compare non appena l'esecuzione comincia. Damasio sottolinea come sia il processo in atto, la performance, a costruire il direttore (il sé cosciente) e non viceversa. E aggiunge: "Il direttore viene costruito dai sentimenti e da un dispositivo cerebrale preposto alla narrazione, benché questo non lo renda meno reale. E' innegabile che nella nostra mente il direttore esista, e non vi è nulla da guadagnare nel liquidarlo come un'illusione".

Dunque la mente dotata di coscienza è un prodotto dell'attività cerebrale ottenuto grazie ad una molteplicità di mezzi e ad un coordinamento sempre più sofisticato.

L' emergere della coscienza rappresenta anche il miglior risultato evolutivo per gestire e salvaguardare la vita. Il 'valore biologico', per Damasio, guida e caratterizza quasi tutto ciò che accade nel nostro cervello, assumendo lo status di un principio generale dell'evoluzione. Nell'uomo il mantenimento dell'omeostasi di base, guidata da una mente non cosciente, si arricchisce con il raggiungimento di una omeostasi socio-culturale, guidata da una mente riflessiva e dotata di coscienza (grazie alle funzioni di memoria, riflessione, linguaggio che generano gli strumenti della cultura e della socialità). Mentre il primo

tipo di omeostasi è un'eredità prefissata fornita dal genoma, la seconda è un "fragile work in progress responsabile di gran parte della drammaticità, della follia e della speranza insite nella vita umana". Le due omeostasi sono in stretta interazione tra loro e non confinate al singolo individuo: nell'arco di numerose generazioni gli sviluppi culturali inducono modificazioni nel genoma.

Damasio si chiede anche se serve a qualcosa, nella nostra vita pratica, sapere come il cervello crei la mente cosciente. Chiarire i processi mentali, consci ed inconsci che siano, aumenta la possibilità di rendere più robusta la nostra capacità di pensare. Egli auspica che la questione della responsabilità umana, sia in termini generali che in quelli della giustizia, prenda in considerazione la disciplina (la sua) che si occupa dello studio scientifico della coscienza. Nel mondo attuale, per esempio, capire se la rivoluzione digitale comporterà una progressiva globalizzazione della coscienza capace di conservare gli obiettivi e i principi dell'omeostasi, oppure no.

La stretta connessione della coscienza al funzionamento del cervello non significa sminuire il ruolo della cultura nella formazione degli esseri umani, né inficia la dignità umana, al contrario "connettere la personalità alla biologia è un'inesauribile fonte di ammirazione e di rispetto per tutto ciò che è umano … quando le neuroscienze esplorano l'esperienza umana addentrandosi negli strani mondi della fisiologia cerebrale e della genetica, la dignità umana non solo è conservata, ma viene anzi riaffermata".

Le tecniche di indagine di cui si avvale per sostenere le sue idee principali sono quelle magnetoencefalografiche e di neuroimmagine funzionale, ma anche gli studi sulle lesioni neurologiche, l'osservazione diretta di alcune patologie (Alzheimer, amnesie, stati vegetativi e comatosi, bambini nati senza corteccia cerebrale).

In questo suo ultimo lavoro Damasio riprende e approfondisce gli aspetti fondamentali della sua ricerca, portata avanti con i suoi collabori della Università of Southern California di Los Angeles, a cominciare dal concetto del 'come se' collegandolo alla funzione dei neuroni specchio, riproponendo la distinzione tra emozione e sentimento e quella tra 'inconscio cognitivo e ' inconscio genomico' fino a proporre

il nuovo concetto del 'sé ribelle' inteso come capacità più evoluta del cervello di comunicare gli stati mentali attraverso i gesti del corpo e delle mani, della tonalità della voce e del linguaggio verbale.

Bernardino Foresi

L'EFFETTO PLACEBO. *Breve viaggio fra mente e corpo*
Benedetti Frabizio
Carocci, Roma 2012; 128 pag.

Fabrizio Benedetti è un neuroscienziato che da anni punta a fare chiarezza su un argomento estremamente dibattuto e delicato: l'effetto placebo (EP). In questo suo breve lavoro passa in rassegna i punti salienti e gli sviluppi delle ultime ricerche su questo tema. Partendo dal significato del termine, dalle sue origini e dai presupposti teorici e neurobiologici dell'EP, descrive in maniera molto didattica e semplificata il percorso che nel tempo questo concetto ha fatto per arrivare ai giorni nostri: dalla definizione e l'utilizzo del termine in ambito scientifico nei differenti trial farmacologici sperimentali, alle sue implicazioni etiche nelle scienze umane e ancora nella vita di tutti i giorni in settori apparentemente distanti da quello medico in cui il termine è più utilizzato (politica, moda, musica, religione).

Con una sapiente dose di informazioni di carattere scientifico e sperimentale unite a raffronti con la vita di ogni giorno, l'autore riesce a penetrare in un ambito antropologico e sociale senza che il lettore se ne renda conto. Un esempio può essere il passaggio dal primo studio in doppio cieco del 1911 (Bingel) in cui veniva messa confronto l'efficacia dell'antitossina difterica con una terapia placebo con lo studio descritto nell'ultima parte del libro in cui presenta un altro lavoro in doppio cieco che contrappone due programmi politici pressoché identici ad un gruppo di attivisti di sinistra.

Il tema è così stimolante che diventa uno spunto per effettuare una digressione fra mente-cervello-corpo così come preannuncia il sottotitolo del libro stesso. Le neuroscienze, afferma Benedetti, "si propongono di capire come gli eventi mentali vengano prodotti dagli eventi cerebrali e come tali eventi mentali, a loro volta influenzino i diversi circuiti nervosi": l'intento del lavoro di Benedetti è proprio quello di utilizzare l'EP come strumento di collegamento fra mente corpo e cervello. La parola "placebo" in latino si traduce con "piacerò", aggiunge Benedetti, quindi i medici hanno sempre utilizzato rimedi "finti" per compiacere il paziente e per placare le proprie ansie. Adesso invece si può considerare questo strumento come al servizio della scienza per valutare e comprendere appieno i meccanismi che sono coinvolti in un "rapporto di cura".

Nel far questo viene sottolineato come l'EP non rappresenti la remissione spontanea da una malattia né un mero fenomeno statistico, non è un modo per compiacere lo sperimentatore né l'effetto di un trattamento concomitante. L'utilizzo di un rigoroso metodo scientifico e la possibilità di ottenere dati sempre più specifici attraverso le neuro immagini lo porta oggi in una posizione differente: è a tutti gli effetti una conseguenza psico-biologica data dall'integrazione di terapia e contesto relazionale della stessa. Studiare l'EP oggi significa quindi focalizzare l'attenzione su tutti quei fattori psicologici in grado di influenzare sia il decorso di una patologia che la risposta ad una terapia. Questo spiega la complessità ma anche l'importanza di tale modello nel valutare eventi psichici complessi come l'aspettativa, la fiducia, la speranza; presenti in ogni tipo di trattamento.

I capitoli del libro, asciutti ed essenziali, scorrono molti aspetti del tema "placebo" sempre con un taglio scientifico in cui la spiegazione del fenomeno biologico precede il rimando alla vita quotidiana. Così partendo dalla descrizione dei meccanismi neuro-biologici interessati nell'EP come i circuiti del piacere e della ricompensa (il nucleo accumbens associato al rilascio di dopamina), i meccanismi implicati nel condizionamento e nell'apprendimento sociale, si arriva a introdurre argomenti molto attuali come l'utilizzo del placebo nello sport (soprattutto in relazione al fenomeno del doping), nel sesso, in raffronto alla medicina alternativa e ancora nella moda e nel costume sociale. Dopo anni di sperimentazioni e di osservazioni vagliate dal rigore della metodologia scientifica possiamo comprendere come il vero perno di ogni scelta, afferma l'autore, sia la complessa miscellanea fra le aspettative rispetto un atto terapeutico e l'effetto stesso di questo. In tale intreccio molti sono i fattori messi in gioco.

Studi di neuroimaging ma anche trial clinici di sperimentazione di nuovi farmaci o di nuovi trattamenti hanno messo in evidenza alcuni di questi fattori che potrebbero essere riassunti in quattro componenti specifiche: l'apprendimento, i meccanismi di ricompensa o gratificazio-

ne, le varianti genetiche che contraddistinguono il substrato di risposta ad un cambiamento in ognuno di noi, i differenti tratti di personalità. Questo ultimo aspetto scomposto a sua volta in tendenza all'ottimismo, al pessimismo o alla facile suggestionabilità sarebbe, a parere di Benedetti, uno degli aspetti più importanti nella valutazione della risposta ad un placebo. Inoltre in assenza di una capacità di "astrattismo del pensiero" cioè di una adeguata componente riflessiva pare non sia molto difficile ottenere una risposta placebo. L'EP viene dunque collocato in un ambito più assimilabile ad una componente psicologica che di trattamento alternativo. L'importanza di tali affermazioni pone senza dubbio nuovi interrogativi etici sull'utilizzo del placebo in ambiti fin'ora ritenuti poco scientifici perché difficili da inserire in un contesto di metodo e di riproducibilità.

A tal riguardo, uno dei capitoli del libro è incentrato sul rapporto fra placebo e psicoterapia con la conclusione che farmacoterapia e psicoterapia possano oggi essere considerate alla stessa stregua, inserite entrambe in protocolli sperimentali e vagliate dallo stesso rigore del metodo scientifico. Anche se in modo più complesso quindi, studiare gli effetti dell'aspettativa e della gratificazione sul cervello di pazienti affetti da dolore cronico o da persone che attraversano un profondo calo dell'umore è fattibile a patto che ci si attenga a metodi scientifici rigorosi: questo permette di ipotizzare ricerche future in cui possa essere differenziata l'interazione umana da un trattamento specifico farmacologico o di altra natura.

Altro vantaggio portato dalle nuove conoscenze nel mondo del placebo potrebbe essere quello del suo utilizzo, non solo in ambito sperimentale ma anche in ambito clinico. L'introduzione di presidi placebo infatti potrebbe ridurre la somministrazione di farmaci giocando sul fattore aspettativa e sulla ormai dimostrata (soprattutto nelle terapie antalgiche) efficacia di terapie in cui al farmaco specifico viene alternato il falso-farmaco.

L'aver sviluppato questi temi porta in fine ad alcune deduzioni di carattere sociologico che mettono in risalto sempre più l'importanza dell'aspettativa e della relazione interpersonale in ogni tipo di trattamento. Come sottolineato da Nick Humphrey (2002), aspettative ed

effetti placebo possono essere considerati come parte dell'evoluzione delle interazioni sociali. Per essere attivate queste risposte placebo richiedono il contatto sociale con una persona con cui costruire una profonda fiducia. Questo contatto sociale, a ben pensare, rappresenta una funzione identica a quella osservabile in altre funzioni fisiologiche e sociali tipiche della specie umana (rapporto madre-figlio, medico-paziente, psicoterapeuta-cliente). Per esempio una persona che sente dolore perché nel suo dito si è infilzata una spina ha due possibilità, racconta Benedetti, per far finire il dolore: o si toglie la spina da solo dalla cute o cerca il contatto umano e l'attenzione di altri.

Questo è l'evento sociale che rappresenta la vera novità evolutiva della specie umana. Un individuo che è capace di far terminare il dolore al semplice contatto sociale con altri individui ha certamente un vantaggio evolutivo rispetto coloro che non posseggono tale capacità. Questi concetti aprono a scenari molto complessi in cui il rapporto e l'interazione fra persone rappresenta il centro di ogni scambio. L'unica possibilità che abbiamo, conclude l'autore, per uscire dalla nostra realtà soggettiva ed entrare nella vera realtà, è accettare che il mondo intorno a noi sia fatto di persone e cose con una loro realtà. Siamo noi a dare significato a questa realtà. Questo modo di vedere differente non permette di eliminare l'EP ma ci aiuta a comprendere come il significato del mondo che ci circonda sia esclusivamente all'interno di noi, inevitabilmente e costantemente contaminato dai nostri stati emotivi.

Pierluigi Scarciglia

INTRODUZIONE ALLA PSICOTERAPIA PSICODINAMICA
Seconda Edizione
Glen O. Gabbard
Raffaello Cortina Editore, Milano 2011; 243 pag.

La seconda edizione di "Introduzione alla psicoterapia psicodinamica" di Glen O. Gabbard, come sottolinea nella prefazione Fabio Madeddu, riconosce e conferma alla psicoterapia dinamica un ruolo essenziale nel bagaglio professionale di ogni psichiatra statunitense. Nel 2002, le associazioni statunitensi che coordinano la formazione medica post laurea hanno introdotto dei criteri generali e condivisibili necessari per l'esercizio della professione nelle strutture psichiatriche. Le scuole di specializzazione erogano quindi dei programmi formativi che seguono parametri di base, pena l'esclusione dai complessi sistemi di accreditamento assicurativo. Tra queste core competencies c'è un formazione nell'area dinamica e questa opera delucida cosa è indispensabile conoscere attualmente del pensiero dinamico. Il testo, come precisa lo stesso Gabbard nella "Introduzione", è nato dalle disposizioni emanate dallo Psychiatry Residency Review Committee statunitense nel 2002, la seconda edizione si è arricchita di ricerche rigorose che confermano l'efficacia e la validità della psicoterapia psicodinamica oltre ad avere in allegato un DVD che ritrae l'autore in una riproposizione di sedute realmente avvenute.

Egli tiene a precisare che nella stesura del libro la sua penna scriveva per un pubblico non solo di psichiatri ma anche di psicologi, operatori sociali ed infermieri; per tutti coloro che avrebbero potuto trovarlo utile. Lo psichiatra e psicoanalista statunitense ci tiene a sottolineare che il suddetto va inteso come uno strumento associato ad interventi didattici ed a un regolare processo di supervisione, poiché la psicoterapia dinamica a lungo termine è un arte difficile che implica un insegnamento intensivo e un esperienza notevole. Infatti, il testo si focalizza esclusivamente sul lavoro dinamico a lungo termine con adulti in terapia individuale, ovvero una terapia con più di ventiquattro sedute o di durata superiore a sei mesi.

Nel primo capitolo, "Concetti Chiave", è presente una prima definizione di psicoterapia psicodinamica intesa come un trattamento centrato sull'interpretazioni del transfert e della resistenza in tempi definiti e tramite una valutazione di come il terapeuta interagisce con il paziente. I modelli teorici di riferimento sono la psicologia dell'Io di Freud, la teoria delle relazioni oggettuali della Klein, Fairbain e Winnicott, la psicologia del Sé di Kohut e Stern e la teoria dell'attaccamento di Bowlby.

I concetti chiave esposti nel capitolo sono i seguenti: 1) gran parte della vita mentale è inconscia; 2) l'adulto è plasmato dalle interazioni fra esperienze infantili e fattori genetici; 3) il transfert del paziente nei confronti del terapeuta è una fonte primaria di comprensione; 4) il controtransfert del terapeuta fornisce informazioni preziose su ciò che il paziente induce negli altri; 5) la resistenza del processo terapeutico è un punto centrale della terapia; 6) sintomi e comportamenti assolvono molteplici funzioni e sono determinati da forze comprese e spesso inconsce; 7) il terapeuta psicodinamico aiuta il paziente ad acquisire un senso di autenticità e unicità.

Il secondo capitolo, "Valutazione, indicazioni e formulazione", parte dal presupposto che essa consideri le caratteristiche psicologiche del paziente allo scopo di stimare la sua attitudine ad un approccio dinamico e la probabilità che la sintomatologia di quest'ultimo risponda in modo positivo al trattamento psicoterapeutico. Fondamentale sarà dunque l'identificazione delle caratteristiche della personalità del paziente con particolare attenzione alle sue capacità di collaborazione ad un processo di comprensione. I fattori fondamentali da prendere in considerazione sono: 1) la natura del funzionamento del Super- io; 2) il livello dei meccanismi di difesa; 3) i caratteristici pattern di relazioni oggettuali che riflettono il mondo interno; 4) le forze e le debolezze dell'io; 5) la presenza di patologie basate su conflitti o deficit significativi; 6) la capacità di mentalizzazione. I pazienti considerati ideali sono quelli con un organizzazione nevrotica. La formulazione psicodinamica deve sempre essere biopsicosociale per ponderare un insieme di ipotesi che richiedono revisione continua.

Il terzo capitolo, "Le basi pratiche della psicoterapia", fornisce utili consigli su cosa può essere utile al terapeuta nell'esercizio specialisti-

co dall'onorario alla gestione della self-disclosure, dalla strutturazione della cornice di regole e limiti professionali alla considerazione di infrangerle benignamente.

Il quarto capitolo, "Interventi terapeutici", riconosce nei principi di neutralità, riservatezza e astinenza valori con cui rapportarsi anche in un dialogo spontaneo con il paziente e disquisisce sui diversi interventi terapeutici che vengono inquadrati lungo un continuum espressivo-supportivo ai cui estremi c'è l'interpretazione ed i consigli ed elogi.

Il capitolo quinto, "Obiettivi e azione terapeutica", evidenzia come questi possano essere influenzati dalle teorie di riferimento del terapeuta e dalle motivazioni inconsce e dai problemi ed interessi del paziente. Questo comporta che il professionista debba adattare la propria strategia terapeutica sul cliente sia con tecniche attive che meno attive le quali hanno lati positivi e negativi che entrano in gioco nella dinamica della relazione terapeutica individualizzata.

Il sesto capitolo, "Lavorare con la resistenza", argomenta sul tema considerandola come un'azione non riflessa e specifica sui comportamenti di acting in ed acting out. Si approfondiscono inoltre le molte forme della prima attraverso la presa in considerazione delle sue sfaccettature.

Nel settimo capitolo, "Sogni e fantasie nella psicoterapia dinamica", l'autore ritrae l'immagine del sogno come rivelatore di conflitti inconsci difficilmente verbalizzabili dal paziente durante la veglia. Il lavoro su questi deve di conseguenza facilitare le associazioni di quest'ultimo. Viene inoltre dato spazio al ruolo della fantasia come fenomeno universale.

Il capitolo numero otto, "Lavorare sul controtransfert", viene definito come una componente costante della terapia priva di accezione negativa; risultato di un processo congiunto tra paziente e terapeuta. In questa parte del libro viene concettualizzato il fenomeno dell'identificazione proiettiva e dell'enactment controtransferale. Lo psichiatra riflette sui diversi tipi di controtransfert che si osservano comunemente.

Il nono capitolo, "Rielaborazione e conclusione della terapia", si focalizza su come gli interventi di tipo espressivo possano aiutare il paziente a comprendere come le percezioni degli altri dipendano da

stati emozionali e rappresentazionali. In ultimo ma non ultima, la conclusione della terapia viene analizzata nelle sue differenti dinamiche esplorando le molteplici reazioni che la fine del lavoro può comportare.

Il penultimo capitolo, "La supervisione", evidenzia come questa abbia un'importanza fondamentale nella formazione del giovane specializzando e che anche in clinici esperti il suo ruolo permette di mantenere chiari i confini del processo terapeutico.

L'ultimo capitolo, "Competenze di base nella psicoterapia dinamica a lungo termine", passa in rassegna le conoscenze teoriche, le capacità e le attitudini che qualsiasi psicoterapeuta dinamico dovrebbe avere per far bene il suo lavoro.

Stefano Terenzi

Convegni e seminari

a cura di Stefano Martellotti

Come viene inteso modernamente lo studio scientifico del sogno? Esistono procedure, correlazioni, osservazioni affidabili su un piano empirico? Cos'hanno da aggiungere ricerche di questo genere a ciò che già le psicologie dello sviluppo, sperimentale e clinica, le neuroscienze, la sociologia e l'antropologia ci hanno insegnato e continueranno ad insegnarci sulla mente umana? Molte riflessioni di questo genere hanno caratterizzato il quarto congresso dello IASD (International Association for the Study of Dreams) che ha avuto luogo a Berna e di cui ci riferisce il prof. Tropeano. I relatori del convegno hanno esplorato un ventaglio d'ipotesi e riflessioni integrative che spaziano dalle varianti più eclatanti e suggestive del sognare, come l'incubo ed il sogno lucido, al rapporto tra psicofarmaci e sogno, sino alle complesse relazioni reciproche tra sé, identità e narrazioni oniriche, ancora tutte da esplorare e chiarire. Rimarchevole, a proposito di quest'ultimo aspetto, l'intervento al congresso di Berna del filosofo Nicola Zippel che è anche il relatore del secondo contributo alla rubrica convegni di questo numero, basato sul congresso "The Altered Self And Altered Self-Experience", *organizzato a Lisbona lo scorso maggio. Le varie relazioni presentate dal prof. Zippel sembrano possedere un comune denominatore nel principio metodologico secondo il quale è necessario approcciare la difficile questione della natura e della genesi del sé partendo dallo studio delle diverse condizioni psicopatologiche in grado di alterarlo o disgregarlo. Le eterne e abissali domande riguardanti il sé, in cui s'imbattono da sempre filosofi, psicologi, psichiatri e neuroscienziati, sembrano, dunque, trovare una migliore definizione quando il livello di analisi si sposta sull'osservazione delle molte varianti patologiche o degli stati di sospensione del senso di sé; questo modo di procedere fa quasi pensare che gli studiosi siano intenti a "sorprendere" la natura e la funzione delle sue diverse componenti (o strati), quando esse si dislocano o si dissolvono. L'analogia che viene in mente è quella del metodo di ricerca clinico-anatomico, caro alla tradizione neuroscientifica.*

Dunque, cos'è il sé *o, forse dovremmo chiederci: "cosa sono i sé?". È il risultato dell'integrazione funzionale dinamica di diverse strutture che si costruisce*

e ricostruisce, momento per momento, secondo schemi prevedibili ma non invariabili, che appaiono talvolta più circoscritti, talaltra più estesi e inclusivi? È una funzione o insiemi di funzioni neurologiche e psichiche emergenti che nascono da circuiti nervosi e insiemi di circuiti riverberanti? Un insieme di "strati" della consapevolezza di sé che hanno alla base la percezione preriflessiva della fisiologia del proprio corpo e, appena più "su", lo schema corporeo e l'immagine corporea e, ancora un gradino più "in alto", l'insieme delle narrazioni autobiografiche? Queste ed altre suggestioni vengono stimolate dall'intenso resoconto di Zippel.

E chissà che in futuro non possa essere proprio il sognare, l'attività mentale più ribelle, composita e indisciplinata di tutte, a fornirci qualche insight *decisivo che ci obblighi ad un cambio di paradigma anche nei riguardi della ricerca sul* self *e sull'identità umana.*

CONFERENZA EUROPEA DELLA IASD, BERNA 7/09/2012

La IASD (International Association for the Study of Dreams) è la più antica e prestigiosa associazione promotrice di ricerche sui fenomeni onirici. Raccoglie centinaia di membri, di svariati orientamenti e provenienti da circa 40 paesi.

La sede centrale della IASD è in California (Berkeley). Ogni due anni viene organizzata una "Regional conference" in Europa e nel settembre 2012 questa è stata ospitata dall'Università di Berna con il titolo "The dream connection". Sarebbe troppo lungo citare tutti gli studiosi presentati e numerosi workshop; tanti aspetti del fenomeno "sogno" sono stati considerati da prospettive anche molto differenti tra loro. Particolarmente interessanti gli studi sui "nightmares" (incubi), sui "lucid dreams" (sogni lucidi), sui sogni nell'età infantile e adolescenziale.

L'incontro tra filosofia fenomenologica e neuroscienze è stato proposto dal Prof. Nicola Zippel (Università "La Sapienza" di Roma), collaboratore della nostra rivista, con una relazione dal titolo "Dreaming consciousness and life of subjectivity: Phenomenology meets Neuroscience".

Zippel, dopo una breve ricostruzione storica della teoria fenomenologica del sogno, e di quale sia l'importanza dello stesso nella comprensione della complessità psichica, esamina il continuo "interplay" tra realtà e irrealtà; si "costruiscono" campi di esperienze parallele che giocano un'importante influenza nella costituzione dell'identità personale. L'autore sottolinea come una fenomenologia del sogno proponga un'idea di "ego" che è in contrasto con le posizioni neuro-scettiche che vedono questa stessa idea al quanto inutile nella spiegazione della vita mentale.

D'altra parte la fenomenologia del sogno può fornire supporto a chi considera l'idea di "ego" come dimensione esperienziale e formazione narrativa. L'ego che vive nel sogno rappresenta un territorio di esperienze che plasmano l'organizzazione e lo sviluppo della personalità.

Zippel fa, inoltre, riferimento al concetto di "intenzionalità" che può aprire la strada a una lettura "essenziale" che completi le interpretazioni psicoanalitiche o strettamente fisicaliste. In definitiva, Zippel propone l'elaborazione di una nuova fenomenologia del sognare, integrata con dati empirici e che si sviluppi considerando le più avanzate ricerche scientifiche.

Michael Scheredl et al. hanno presentato una review di grande interesse per clinici e terapeuti. "Dreaming under antidepressant: a review in depressive patients and healthy volunteers". La letteratura esaminata, dal 1950 al 2011, offre non più di 21 studi clinici e 25 case reports. Il dato di maggiore interesse è che, sia che si tratti di pazienti che volontari sani, sotto farmacoterapia antidepressiva, un decremento del ricordo dei sogni "DRF dream recall frequency".

Comunque ciò che è più evidente con antidepressivi triciclici e IMAO rispetto a quanto rilevato per gli SSRI. La qualità dei sogni, con i TCA, è indirizzata verso contenuti emozionali più positivi. Brusche interruzioni di TCA e di IMAO inducono con relativa frequenza "nightmare". Questo interessante effetto da "withdrawal" è meno studiato, ma va considerato con attenzione la possibilità del rebound di incubi notturni.

Queste ricerche vanno incrementate, correlandole anche a rilevazioni neurofisiologiche su incremento o decremento di onde lente nel-

le aree corticali frontali (rapporti col Dream Recall Frequency).

Nel contesto clinico terapeutico vanno discussi con i pazienti gli effetti sul fenomeno onirico da parte non dei soli farmaci psicotropi, ma anche di altri agenti terapeutici, per esempio corticosteroidi e beta-bloccanti.

Christoph Gassmann, clinico e ricercatore svizzero, nella sua relazione su "The identity of the dreaming" discute sull'identità "più stabile" dello stato di veglia rispetto alla mutevolezza di quella che si costituisce nei sogni. Lo studio si basa su un diario del sogno, compilato dallo stesso autore, il quale va a definire i due livelli d'identità. Il primo è l'identità primaria e include la "coscienza", la prospettiva soggettiva, la percezione, l'azione e l'immediata consapevolezza di sé.

L'identità secondaria include in nostro identikit personale, fatto dal sesso, età, professione, appartenenza ad una comunità, ad una religione ed altri aspetti di quella ragnatela relazionale che ci caratterizza singolarmente.

Questo secondo livello d'identità conosce cambiamenti, quella primaria è più "stabile", letta e disegnata attraverso il sogno.

Un lavoro riflessivo sulla propria identità può quindi esercitarsi attraverso un costante studio del proprio diario dei sogni, comparato al nostro "diario diurno". Certo l'identità, quella primaria e quella secondaria, conosce mutamenti con l'avanzare dell'età anche attraverso il riemergere di ricordi prima "archiviati". Di qui, l'interesse particolare per l'attività onirica negli anziani. Il convegno è stato giornalmente arricchito da "worshop" su specifici argomenti, di sessioni di "dream working", di lavoro in gruppo su alcuni aspetti del simbolismo onirico, sull'induzione di "lucid dreams", sull'addestramento alla scrittura creativa che sfrutti l'immaginazione onirica.

Siamo consapevoli di aver dato un'idea a dir poco sommaria della ricchezza di spunti offerta dalla "conference" di Berna; la speranza, ed il nostro intento, è quello di poter ospitare a Roma, nella primavera del 2014, la sessione Regionale Europea della IASD.

NDR: chi fosse interessato a sapere di più su attività, membri, ricerche promosse dallo IASD, può trovare molto sul sito disponibile su Google.

ASASE Workshop 2013 – "Altered Self and Altered Self Experience", Nuova Università di Lisbona, Istituto di Filosofia del Linguaggio – Lisbona, 30-31 Maggio 2013.

Il 30 e il 31 maggio 2013, presso l'Istituto di Filosofia del Linguaggio della Nuova Università di Lisbona, si è svolto un workshop internazionale a cui, chi scrive, ha avuto la preziosa occasione di partecipare come relatore. Il meeting è stato organizzato dal gruppo di ricerca del più ampio progetto "The Foundation of the Self", guidato da Alexander Gerner, del Centro di Filosofia della Scienza dell'Università di Lisbona, e Jorge Gonçalves, dell'Istituto di Filosofia del Linguaggio della Nuova Università di Lisbona.

Incentrato sulla tematica del self, con particolare riguardo alle sue alterazioni e modificazioni dovute alle più diverse esperienze della soggettività umana, il workshop si è avvalso di una varietà di contributi provenienti da differenti campi di studio, dalla filosofia alla psicologia, dalle neuroscienze alle scienze cognitive. Al fine di favorire una discussione aperta ma che, di volta in volta, potesse focalizzarsi su una specifica prospettiva di indagine, gli interventi sono stati raggruppati in sezioni legate a differenti modalità di alterazione del self. Volendo dare una descrizione schematica e generale di tali modalità, possiamo dividerle in quelle dovute a modificazioni patologiche della soggettività, su cui non si riesce ad avere un reale controllo da parte del self, e quelle in cui l'individuo vive un'esperienza consapevole e talvolta autoindotta di self-alteration. Al primo gruppo appartengono le patologie classiche quali la schizofrenia e l'autismo, così come i fenomeni più peculiari del disordine post-traumatico, dell'out-of-body-experience e della full body illusion; al secondo gruppo, invece, sono riconducibili esperienze più comuni come la recitazione, ma anche modi più radicali e complessi di auto-alterazione come la meditazione di matrice indo-buddista.

Le patologie della soggettività come schizofrenia e autismo sono state discusse da José Luis Pio Abreu e Anna Ciaunica. Il primo, direttore del Dipartimento di Psichiatria presso il Policlinico Univer-

sitario di Coimbra, ha proposto una lettura della schizofrenia come "collasso del riconoscimento di sé" (Schizophrenia is the collapse of self-recognition. What self?), descritto come un complesso processo neurofisiologico che avviene al livello del telencefalo, ossia quella parte del cervello il cui sviluppo distingue l'uomo dal resto dei mammiferi.

Proprio nei meccanismi neurali del telencefalo, che, accanto alla gestione dei segni e alla valutazione della realtà, presiedono al riconoscimento del sé, quest'ultima funzione viene danneggiata in concomitanza dell'emergere della patologia schizofrenica, che investe il procedimento di lateralizzazione cerebrale. Attraverso una serie di grafici raffiguranti le aree cerebrali interessate, Abreu ha mostrato come nei pazienti affetti da schizofrenia si notino evidenti variazioni genetiche dovute al deterioramento delle fibre corticocorticali lunghe, cui si associa una simmetria tra i due emisferi legata a un'imperfezione del corpo calloso.

Questa anomala condizione neurofisiologica produce una sfasatura nel processo di lateralizzazione che, compromettendo la corretta gestione dei sensi e dei significati da parte dell'individuo, provoca una graduale perdita del senso di appartenenza a se stessi (ownership) e di capacità di agire autonomamente (self-agency). Tale perdita è spesso accelerata da eventi concernenti la relazione tra sé e gli altri, come il passaggio dall'adolescenza all'età adulta, l'espressione delle proprie emozioni, l'emergere di rapporti conflittuali.

In ognuno di questi casi, l'unità del sé viene messa alla prova e, là dove le condizioni neurologiche abbiano subito significative deformazioni, questa unità rischia di dissolversi e collassare. Tuttavia, ha precisato Abreu, ciò non implica la disgregazione totale dell'individuo, se si considera che altre strutture del sé non vengono toccate dal processo di frantumazione schizofrenica, come è dimostrato ad esempio dalla tenuta del cosiddetto "default network", ossia di quelle articolazioni che presiedono all'attività cerebrale in assenza di un intervento attivo dell'individuo nella realtà esterna. Questo significa, secondo Abreu, che non c'è una sola forma di self e che, qualora una delle espressioni del sé subisca una modificazione anche drammatica, le altre strutture dell'individuo rimangono operative nell'eseguire tutti quei compiti che non sono coinvolti dall'emergere della patologia.

Il ruolo della dimensione relazionale nello sviluppo delle disfunzioni del sé è stato messo in rilievo anche da Anna Ciaunica, ricercatrice in filosofia presso l'Università di Friburgo, Svizzera. Ciaunica ha proposto un'articolata descrizione dell'autismo come deterioramento della capacità relazionale dell'individuo (Autism: A Relational Self Impairment?), fondando le sue analisi su un approccio internalista all'esperienza soggettiva, considerata come una prassi cognitiva radicata nella corporeità della persona. Proprio la centralità del corpo nella relazione con gli altri può fare da filo conduttore in uno studio volto a identificare i gradi di sviluppo dell'autismo, tenendo conto di come questo assuma le forme di una dissociazione tra la coscienza di sé e l'affezione subita ad opera di altri. Tale deficit interpersonale si riscontra altresì in un progressivo indebolimento della capacità imitativa da parte di soggetti affetti da autismo, ciò che secondo Ciaunica può ricevere un importante conferma dalle recenti ricerche sui neuroni specchio. Al livello neurofisiologico, si è recentemente osservata un'atipicalità nella corteccia prefrontale ventromediale, deputata all'assunzione di decisioni (decision making) nella relazione del sé con l'altro. Metodologicamente, Ciaunica ha proposto di accostare a queste evidenze neurologiche corrispondenti evidenze comportamentali da osservare in soggetti autistici, nell'ottica di un'analisi integrata di questa complessa e ancora oscura patologia del self.

La tenuta del sé, d'altra parte, non viene messa in crisi solo da danni neurologici quali la schizofrenia e l'autismo, ma anche da episodi particolarmente traumatici vissuti dall'individuo nel corso dell'esistenza. Amber Griffioen, ricercatrice e docente presso l'Università di Costanza, ha incentrato il suo intervento (Regaining the "Lost Self": A Philosophical Analysis of Survivor's Guilt) sulla complicata relazione tra senso di vergogna e senso di colpa in persone colpite da esperienze come la Shoa o lo stupro che, per quanto molto diverse fra loro, condividono il comune denominatore della particolare condizione in cui si trova la vittima in quanto sopravvissuta. Spiegando come vergogna e colpa si differenzino per il riferirsi rispettivamente all'agente e all'azione, Griffioen ha mostrato l'intima connessione dei due sentimenti nel determinare lo stato d'animo traumatico del sopravvissuto, che si

caratterizza per la perdita di autonomia e una concomitante disgregazione del sé e della sua relazione con il mondo. Riferendosi in modo specifico alle vittime di stupro, Griffioen ha evidenziato come il trauma vissuto e sedimentatosi nell'individuo ne condizioni inevitabilmente la memoria autobiografica, la quale sviluppa una narrazione in cui la vittima, pur di recuperare l'identità perduta, preferisce percepirsi come colpevole di ciò che è accaduto, piuttosto che rinunciare a riconoscersi incapace di qualunque azione. Nelle efficaci parole della stessa Griffioen, "it is better to be a guilty agent than a no agent at all". Il terapeuta, in questa delicata situazione, deve rispettare il duplice sentimento di vergogna/colpa provato dalla vittima, cercando con un paziente lavoro di analisi di sostituire gradualmente tale sentimento con una corretta percezione di ciò che è realmente accaduto.

Un interessante caso di combinazione tra elementi neurologici e vissuto esperienziale sono le cosiddette "out-of-body-experiences" e "full body illusions", stati particolari dell'auto-percezione in cui si ha una visione allucinatoria del proprio corpo o di un corpo irreale dislocato nello spazio circostante. Tale punto di vista allucinatorio, a sua volta, può essere esperito per mezzo di un corpo sentito falsamente come il proprio. Queste diverse se pur connesse esperienze corporeo-mentali sono state analizzate da prospettive differenti da parte di João Fonseca, ricercatore presso l'Istituto di Filosofia del Linguaggio presso la Nuova Università di Lisbona, e da Alexander Gerner e Michele Guerra, quest'ultimo ricercatore e docente presso il Dipartimento di Storia del Cinema dell'Università di Parma. Fonseca ha mostrato nel suo intervento (Functional, computational and neurological considerations of 'Full-Body Illusions') come le illusioni corporee possano essere provocate dalla manipolazione degli imput sensoriali del soggetto, in modo che l'individuo sia indotto a inserire nella prospettiva vissuta in prima persona un'immagine corporea di sé dislocata nella cornice visuo-spaziale di esperienza. Gerner e Guerra (Cinematic experience as Out-of-Body experience), invece, hanno proposto una lettura originale, sebbene ancora in fase di sperimentazione, dell'esperienza dello spettatore cinematografico come analogo dell'esperienza extracorporea, tale che studiare la prima può gettare una luce interpretativa

per chiarire i meccanismi esperienziali della seconda. Il trait d'union, che consentirebbe lo sviluppo di un tale studio, è rappresentato dal decentramento della prospettiva d'osservazione comune a entrambe le esperienze visive.

La connessione tra cinema e self è stata oggetto di considerazione anche nell'intervento di Sara Bizarro (Acting and the Self), ricercatrice presso il Centro di Filosofia dell'Università di Lisbona. Basandosi sulla teoria di Douglas Hofstadter dello "strange loop", simboleggiato ad esempio dalla moltiplicazione di immagini mediante specchi o dal quadro di Escher delle due mani che si pitturano a vicenda, Bizarro ha ipotizzato la formazione del sé mediante un continuo loop che, nella peculiare esperienza della recitazione, assumerebbe invece le forme di una rinuncia alla propria auto-costituzione. Questo processo, tuttavia, non indicherebbe l'interruzione del meccanismo del loop, ma il trasferimento di tale connaturato meccanismo di costruzione della propria identità nel personaggio da interpretare. L'attore impegnato nella performance recitativa, secondo Bizarro, dà vita a un nuovo "strange loop", il quale, emancipandosi dall'influenza del mondo esterno, crea un nuovo self conforme alle esigenze del personaggio e credibile agli occhi dello spettatore. In tal modo, il nuovo sé va ad occupare lo spazio tra il proprio sé e il sé altrui, così come l'attore si situa tra se stesso e l'altro.

L'induzione volontaria dell'alterazione del sé assume forme ancora più radicali e complesse nella pratica meditativa di tradizione indo-buddista, di cui Vera Pereira, ricercatrice presso l'Istituto di Filosofia del Linguaggio della Nuova Università di Lisbona, ha tracciato un'interessante analisi in riferimento alla concezione occidentale del self. Nel suo contributo (Mindfulness and self-experience: no-self consciousness or empty self-consciousness?), Pereira ha analizzato le due principali tendenze della cultura indiana riguardo alla concezione del sé nella meditazione, ossia l'impostazione tradizionale, secondo cui il sé è sinonimo di coscienza pura, e la teoria buddista, che vede il sé come vuoto o negazione. Confrontando entrambe le posizioni con l'idea occidentale del self come dimensione costituita da due livelli interconnessi, l'uno pre-riflessivo, minimale, e l'altro riflessivo, narrativo, più elaborato, Pereira ha suggerito che la pratica meditativa può

aiutare a dissociare i due livelli in favore di una più intima relazione dell'individuo con il proprio sé minimale, scevro dalle sovrastrutture autobiografiche costruite nel corso dell'esistenza. In tal modo, il sé, liberato dalle continue narrazioni autoreferenziali, diventa in grado di emanciparsi dai propri pensieri ed emozioni, giungendo a vivere in una dimensione di eterna coincidenza con se stesso, fuori dallo spazio e dal tempo. Questa condizione di continuo presente rappresenterebbe a sua volta la conciliazione delle due visioni indiane del sé, la cui purezza coinciderebbe con la forma vuota dell'atemporalità e dell'inestensione coscienziale.

Altre ancora sono state le suggestioni e le riflessioni proposte dai diversi contributi del convegno, di cui qui si è data solo una rassegna sommaria in riferimento ad alcuni degli interventi più significativi. Al di là della pluralità dei punti di vista espressi e delle differenti prospettive adottate, quel che è risultato chiaro alla fine dei lavori è stata l'esigenza, comune a qualunque approccio al problema del self, di chiarire i presupposti concettuali e metodologici di un'analisi dell'individualità, che sia quindi in grado di integrare i diversi livelli di indagine in una teoria coerente e rigorosa. In quest'ottica, il tratto dell'alterazione del sé si è rivelato un intrigante quanto complesso oggetto di studio, il cui interesse sembra dovuto tuttavia a una constatazione dal sapore paradossale, se non amaro: in attesa di capire che cosa sia realmente il sé, volgiamo la nostra attenzione a ciò che non dovrebbe essere. D'altra parte, se tale attesa dovesse assumere le forme di un en attendant Godot, ciò significherebbe che il self non è altro che una continua variazione su un tema inafferrabile.

Nicola Zippel

Ricerche

a cura di Annalucia Morrone

Il rapporto medico-paziente, che generalmente si esplica in un contesto sanitario pubblico o privato, è costituito da quella particolare relazione asimmetrica in cui la parte più vulnerabile è rappresentata dal paziente, mentre quella più forte e competente, è incarnata dal sapere medico.

Dai tempi del giuramento di Ippocrate fino agli ultimi decenni del XX secolo, i principi etici che regolavano la relazione medico-paziente prescrivevano al medico l'obbligo di agire per il bene del paziente, senza chiedere esplicito consenso al paziente stesso. Tale rapporto obliterava qualsiasi diritto del paziente, relativo ad un'autonomia decisionale per una attiva partecipazione nelle scelte terapeutiche che più lo riguardavano, e comportava un ulteriore distacco e freddezza nel rapporto con il medico causandone una configurazione ancor più piramidale.

Nel corso degli ultimi decenni del XX secolo si sono verificati, dunque, importanti cambiamenti nel modo di concepire ed esplicare la pratica medica che hanno portato all'approvazione, nel 1973, della "Patient's Bill of Rights" (Carta dei diritti del paziente) da parte dell'American Hospital Association. Tale carta obbliga il medico ad informare il paziente delle decisioni terapeutiche che lo riguardano e conferisce potere decisionale al paziente.

In questo nuovo contesto socio-culturale è stato possibile, dunque, contrastare l'antico pensiero medico paternalistico, per favorire il decorso progressivo ed evolutivo di un rapporto medico-paziente sempre più maturo sul piano umano ed intriso di affettività, come dimostrato nel articolo da noi recensito di Heidi B. Frederiksen, Jakob Kragstrup e Birgitte Dehlholm-Lambertsen: "Attachment in the doctor-patient relationship in general practice: a qualitative study".

A tal proposito, abbiamo deciso di recensire anche l'articolo di Sara Siris Nash, Laura K. Kent e Philip R. Muskin: "Psychodinamycs in Medi-

cally Ill Patients", poichè pone l'accento sull'importanza di realizzare un intervento medico, non solo efficace sotto l'aspetto internistico, che prenda in considerazione anche lo studio della personalità del paziente per un migliore inquadramento della sua patologia medica e per una maggiore accoglienza della sua soggettività.

Per questo numero, inoltre, non potevamo non recensire l'articolo di Stephen M. Stahl: "Psychotherapy as an epigenetic "drug": psychiatric therapeutics target symptoms linked to malfunctioning brain circuits with psychotherapy as well as with drugs" che, in linea con l'indirizzo teorico della nostra scuola di specializzazione, mostra come sia gli psicofarmaci, sia la psicoterapia siano in grado di produrre lo stesso effetto terapeutico sul disturbo psichico.

Psychotherapy as an epigenetic "drug": psychiatric therapeutics target symptoms linked to malfunctioning brain circuits with psychotherapy as well as with drugs

(La psicoterapia come "farmaco" epigenetico: la terapia psichiatrica colpisce i sintomi collegati al malfunzionamento dei circuiti cerebrali utilizzando psicoterapia e farmaci insieme)

Stephen M. Stahl

Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics (2012;37(3):249-53)

A distanza di qualche anno dagli studi sulla memoria condotti da Eric R. Kandel (Kandel, 1999), riteniamo come non sia mai ridondante ritornare sul tema, elegantemente messo in luce proprio da Kandel, delle basi fisiologiche del funzionamento delle psicoterapie e di come queste agiscano attraverso un meccanismo di modulazione dell'espressione genica, analogamente al meccanismo d'azione degli psicofarmaci. Per questo, vogliamo portare all'attenzione di chi legge un interessante articolo pubblicato nel 2012 dal prof. Stephen M. Stahl sul Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics. In questo articolo, Stahl riprende le fila dell'annoso dibattito che spesso vede su opposti fronti psicoterapia e psicofarmacologia.

L'Autore spiega come i sintomi psichiatrici siano, in termini neurofisiologici, legati al malfunzionamento di corrispondenti circuiti cerebrali i quali, taluni per eccesso di trasmissione neurotrasmettitoriale, altri per difetto, producono un anomalo processamento dell'informazione. Gli psicofarmaci agiscono a livello di questi circuiti modificandone il sistema neurotrasmettitoriale e portando, di conseguenza, degli effetti in termini di processamento dell'informazione. Come gli psicofarmaci, afferma Stahl, le esperienze ambientali sono in grado di produrre lo stesso effetto agendo sugli stessi circuiti.

Vi è inoltre l'evidenza, confortata da una crescente letteratura sull'argomento (Nestler, 2009; Sweatt, 2009; Stahl, 2010), di come la sola presenza di sequenze geniche alterate ritenute collegabili allo sviluppo di una determinata sintomatologia psichiatrica, non sia un dato sufficiente perché il portatore di tale alterazione genica sviluppi di fatto la sintomatologia. L'eredità genetica, infatti, costituisce non una causa dagli esiti ineluttabili, ma un fattore di rischio. Ciò che Stahl chiama con chiarezza "l'altro lato della questione" è dato dall'impatto dell'ambiente sul fattore di rischio genetico, ovvero l'epigenetica, definita dall'Autore come quel "sistema parallelo che determina se un certo gene verrà espresso o meno". Con il termine "epigenetica", quindi, Stahl si riferisce alle esperienze dell'individuo, quelle positive e quelle negative.

Queste comportano delle modificazioni di tipo epigenetico in quanto, sottendendo memorie a lungo termine che, come le esperienze corrispondenti, possono essere positive o negative (in certi casi, traumatiche), modulano l'espressione genica. Sono le memorie, infatti, che, se negative, possono precipitare una già esistente predisposizione genetica allo sviluppo di una sintomatologia di tipo psichiatrico. Al contrario, le memorie positive possono, ed è questo il caso in cui rientrano a pieno titolo le psicoterapie, esercitare un'azione positiva sui circuiti coinvolti nella sintomatologia psichiatrica espressa.

La psicoterapia, infatti, agendo proprio su questi circuiti, determina una inibizione delle sinapsi che sono alla base del mantenimento delle memorie negative e, soprattutto, promuove lo sviluppo di nuove sinapsi legate, queste, a memorie positive. Quest'ultimo aspetto, dal punto di

vista neurochimico, si esprime in termini di potenziamento sinaptico a lungo termine e dalla facilitazione della trasmissione glutammatergica a livello dei recettori NMDA. Se sono questi i meccanismi su cui agiscono anche gli psicofarmaci, perché, dunque, non sfruttare la sinergia risultante dall'incontro di psicofarmacologia e psicoterapia?

L'approccio che Stahl promuove, pertanto, è quello che vede una combinazione di psicofarmacologia e psicoterapia. L'invito dell'Autore è in particolare rivolto a tutti quegli psichiatri che utilizzano quasi esclusivamente l'approccio farmacologico non possedendo alcuna formazione di tipo psicoterapeutico. Nello specifico, quanto Stahl propone è di formarsi anche in ambito psicoterapeutico, prediligendo un approccio terapeutico breve, orientato all'obiettivo e prescrittivo, come l'approccio cognitivo comportamentale e quello interpersonale. In particolare, l'Autore riporta una tecnica di tipo cognitivo messa a punto da Irismar Reis De Oliveira (De Oliveira, 2011) che trae ispirazione, a sua volta, dalla storia del signor Josef K., protagonista del romanzo di Franz Kafka "Il Processo", il quale viene arrestato e processato pur non conoscendo neanche quale sia il crimine di cui è accusato.

La tecnica ideata da De Oliveira, la trial-based therapy, costituisce secondo Stahl un modello utile nei pazienti che tendono ad assumere un atteggiamento di tipo auto-accusatorio, essendo orientata ad attivare "l'avvocato difensore interno" e ad inibire "l'avvocato dell'accusa" che in questi pazienti risulta più spesso attivato. Traslando i principi della trial-based therapy alla teoria della inibizione e del potenziamento sinaptico, Stahl individua, alla base dell'attivazione dell'avvocato difensore interno, la formazione di nuove sinapsi che vanno ad inibire quelle vecchie, legate all'avvocato dell'accusa.

Il modello citato è sostenuto da Stahl in quanto, come nelle indicazioni espresse dall'Autore, costituisce una tecnica di intervento breve e su cui è facile formarsi.

Nel ritenere brillante un lavoro orientato alla promozione di un modello terapeutico che si basi sulla sinergia di più approcci che condividono lo stesso obiettivo, ci sentiamo anche di aggiungere come una sinergia di approcci che veda questi combinati (come proposto da Stahl) ma anche tendenti ad una coerente integrazione, possa essere

una sfida, seppur complessa, di sicuri validità e successo.

Ci piace concludere, quindi, questa presentazione del lavoro del prof. Stahl riportando la metafora con cui l'Autore stesso conclude il proprio articolo. Riferendosi allo sviluppo di un approccio in cui si incontrino psicoterapia e psicofarmacologia, ritiene che: "lo sviluppo di questo approccio ha la potenzialità di rendere il risultato maggiore della somma delle parti, come dire che 1 più 1 fa 3. È questa la deliziosa "cattiva matematica" che viene fuori dalla sinergia terapeutica".

Fulvia Adriano

BIBLIOGRAFIA

De Oliveira IR, *Kafka's trial dilemma: proposal of a practical solution to Joseph K.'s unknown accusation.* Medical Hypotheses, 2011;77:5-6.

Kandel ER, *Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited.* American Journal of Psychiatry, 1999;156:505-524.

Nestler EJ, *Epigenetic mechanisms in psychiatry.* Biological Psychiatry, 2009;65:189-190.

Stahl SM, *Methylated spirits: epigenetic hypotheses of psychiatric disorders.* CNS Spectrums, 2010;15:220-230.

Sweatt JD, *Experience dependent epigenetic modifications in the central nervous system.* Biological Psychiatry, 2009;65:191-197.

Psychodinamycs in Medically Ill Patients
(Aspetti psicodinamici nei pazienti con patologia medica)
Sara Siris Nash, Laura K. Kent & Philip R. Muskin
Harvard Review of Psychiatry (2009;17:389-97)

La review, pubblicata nel 2009 da Sara Siris Nash e colleghi, esamina il tema della personalità del paziente con patologia di interesse medico, un tema, questo, molto spesso sottovalutato nel setting medico.

Un paziente con patologia medica, esattamente come tutti gli individui, ha una propria personalità e, sottolineano gli Autori, la malattia non può che avere un impatto su di essa, conducendo l'individuo ad una posizione "regressiva" in cui egli si troverà ad essere, in qualche modo, dipendente dalle cure altrui, dovendo, dunque, mettere in gioco la fiducia nell'altro nonché il proprio senso di dipendenza ed indipendenza dall'altro.

A tal proposito, gli Autori riportano una classificazione ideata da Kahana e Bibring1 i quali hanno individuato sette stili archetipici di personalità (distinti, però, dai corrispondenti disturbi di personalità) che vengono esacerbati dalla malattia:

1. Orale: è quello del paziente dipendente e richiedente, bisognoso di cure e con una costante paura dell'abbandono;

2. Compulsivo: rientrano nel gruppo i pazienti che, tenendo al controllo più che ad ogni altra cosa, temono di perdere, con la malattia, proprio questo aspetto della loro vita;

3. Isterico: caratteristico dei pazienti più teatrali e seduttivi, per i quali qualunque cosa possa sminuire la propria mascolinità o femminilità è vissuta come una minaccia;

4. Masochistico: tipico di coloro che, ritenendosi persone inutili e meritevoli di patimenti ed assumendo, così, il ruolo di martiri, tendono a rifiutare l'aiuto altrui;

5. Paranoide: è quello dei pazienti più sospettosi e che, al contempo, sollecitano e temono attacchi;

6. Narcisistico: caratterizza i pazienti che, nutrendo un senso di superiorità rispetto agli altri e tendendo alla perfezione e all'invulnerabilità, vedono nella malattia una minaccia verso la propria integrità;

7. Schizoide: vi rientrano i pazienti maggiormente solitari e distaccati, per i quali il contesto di cura risulta invasivo nei confronti della propria privacy.

Un'altra sezione interessante del lavoro che presentiamo riguarda il trattamento dei pazienti più difficili, gli "hateful patients" (pazienti insopportabili): qui è dibattuta l'importanza della valutazione di quegli aspetti della personalità di alcuni pazienti, che rendono questi così difficili. In questa sezione viene citato il lavoro di Groves2 che ha individuato quattro tipologie di "hateful patients":

1. Dipendenti adesivi: sono pazienti estremamente educati ed appropriati, ma le loro richieste di cura sono interminabili ed eccessive, per cui il medico può facilmente andare incontro a sentimenti di esasperazione e rabbia nei loro confronti. È opportuno, in questi casi, che il medico stabilisca e faccia presenti dei confini che rispettino le esigenze del paziente così come i limiti del medico stesso nel suo ruolo di agente di cura. Ciò può essere fatto anche descrivendo nel dettaglio le modalità ed i momenti in cui sia possibile ed utile che il paziente contatti direttamente il medico;

2. Richiedenti autorizzati: come i "dipendenti adesivi", sono pazienti molto richiedenti e bisognosi, ma non sono altrettanto consapevoli di questa propria dipendenza dalla figura del medico. Lì dove il medico non riconosca come tale questa profonda dipendenza, può tendere a rifiutare il paziente. Groves, dunque, suggerisce che il medico, in una prima fase, convalidi al paziente questo suo sentirsi autorizzato nell'essere così richiedente (cosa che permetterà lo stabilirsi di una prima basilare relazione di fiducia nella quale il paziente si sentirà accolto e compreso). In una seconda fase, il compito del medico dovrebbe essere quello di ridirigere la stessa autorizzazione utilizzandola ai fini terapeutici e chiedendo al paziente una sua partecipazione attiva al percorso di cura;

3. Manipolativi e che rifiutano l'aiuto: caratteristicamente, questi pazienti arrivano all'attenzione dei medici e chiedono di essere curati ma, nonostante ciò, la loro sintomatologia permane. Groves descrive tali pazienti come persone che solo apparentemente desiderano guarire ma che, in termini psicodinamici, desiderano realmente solo un

matrimonio indissolubile con un instancabile caregiver. Il persistere della sintomatologia, dunque, è funzionale al mantenimento di questa relazione con il medico. Groves suggerisce, in situazioni come questa, di fissare degli appuntamenti che prescindano dalla condizione sintomatologica del paziente, in modo da rimandargli come egli sarà accolto ed amato indipendentemente dalla sintomatologia;

4. Pazienti rinnegatori auto-distruttivi: è il caso di tutti quei pazienti che continuano a tenere condotte che aggravano ed accelerano il decorso della malattia (per esempio, pazienti che continuano a fumare a dispetto della diagnosi di enfisema). Nello specifico, Groves distingue, tra i "rinnegatori", i "grandi rinnegatori": pazienti che non sono intenzionalmente auto-distruttivi, ma che adottano talune condotte poiché, di fatto, non vi è in loro consapevolezza della propria malattia né dei danni che certe condotte possono arrecare. I "rinnegatori" non inclusi tra questi, invece, rappresentano, secondo Groves, una forma cronica di condotta suicida, avendo essi perso qualunque speranza di veder accolti i propri bisogni di dipendenza. Nel trattamento dei pazienti "rinnegatori" è facile che il medico, che da un lato lavora per curarli, dall'altro arrivi a sperare che essi muoiano. È interessante quanto l'Autore sostiene, proprio a proposito di quest'ultimo aspetto: il medico che cominci a desiderare che il proprio paziente muoia, dovrebbe iniziare ad intuire la possibilità che il paziente stesso desideri morire. Quello che Groves suggerisce, a tal proposito , è che venga chiesto un consulto psichiatrico per il paziente e che si presti un'attenzione particolare verso lo stesso medico perché questi possa gestire coerentemente i propri vissuti controtransferali.

Nella review presentata, dunque, è sottolineata l'importanza di effettuare un intervento medico secondo modalità che non siano semplicemente tollerabili ma anche terapeutiche. Considerare gli aspetti psicodinamici in atto all'interno nel setting medico, troppo spesso ritenuto distante e separato da quello che, invece, vede coinvolti psichiatri o psicologi, permette, quindi, la possibilità di offrire un intervento nel quale il paziente sia accolto nella propria complessità e ricchezza e che sia fondato su assunti che vedano integrati il corpo e la mente. Nondimeno, un intervento medico che tiene conto della comprensione

psicodinamica del vissuto esperito dal paziente, rispetto alla propria patologia ed alla relazione che questi instaura con il medico, consente al medico stesso una gestione equilibrata del proprio ruolo all'interno di una dinamica relazionale (medico/paziente) che, come visto, non è esente da importanti implicazioni controtransferali.

Fulvia Adriano

BIBLIOGRAFIA

Groves J.E., 1978, *Taking care of the hateful patient.* The New England Journal of Medicine, 298:883-7.

Kahana R.J., Bibring G.L., 1964, *Personality types in medical management.* In: Zinberg NE, ed., *Psychiatry and medical practice in a general hospital.* New York, International Universities Press.

Attachment in the doctor-patient relationship in general practice: a qualitative study
(L'attaccamento nella relazione tra medico di base e paziente: uno studio qualitativo)
Heidi B. Frederiksen, Jakob Kragstrup & Birgitte Dehlholm-Lambertsen
Scandinavian Journal of Primary Health care (2010;28:185-90)

Su cosa si fonda la relazione tra un medico di base ed i propri pazienti? È davvero sufficiente che il medico di base offra una consulenza professionale competente? Sembrerebbe che questo aspetto, benché sicuramente necessario, non sia sufficiente. È questo il punto centrale di un originale lavoro pubblicato nel 2010 da Heidi B. Frederiksen e colleghi sullo Scandinavian Journal of Primary Health Care e che vogliamo presentare.

Si tratta di uno studio condotto su 22 pazienti rivoltisi ai medici di base di due cliniche di medicina generale della Danimarca. Nello specifico, 12 dei pazienti inclusi nella ricerca hanno consultato il proprio medico di base, mentre i restanti 10 sono stati accolti da medici di base tirocinanti (quindi, medici non familiari); 4 pazienti del campione avevano una patologia incurabile, 7 una patologia cronica grave ed i restanti 11 una patologia meno grave. Dopo il consulto medico, quindi, osservato dai ricercatori stessi, a 25 pazienti (il campione iniziale) è stato chiesto se volessero essere sottoposti ad un'intervista anonima nella quale avrebbero dovuto esprimere la propria opinione sul recente consulto medico e, in generale, sulla propria esperienza con i medici di base. Dei 25 pazienti del campione originario, 22 hanno accettato di partecipare alla ricerca e sono stati, così, sottoposti all'intervista semi-strutturata ideata dai ricercatori del progetto.

Analizzando i testi risultanti dalla trascrizione delle interviste per mezzo di un approccio di analisi del testo chiamato Analisi Fenomenologica Interpretativa (IPA; rimandiamo all'ampia letteratura sull'argomento per una conoscenza più approfondita dell'approccio), i ricercatori hanno individuato, nelle interviste ottenute, tre fattori emergenti e che sembrano contraddistinguere il rapporto tra paziente e medico di base:

1. Relazione personale: un primo evidente dato è quello secondo cui

tutti i 22 pazienti intervistati hanno espresso soddisfazione per il consulto medico, che si trattasse di un consulto offerto dal proprio medico di base o da un medico di base tirocinante. A fronte del giudizio positivo, 20 pazienti su 22 hanno, però, affermato di preferire comunque il consulto con il proprio medico di base piuttosto che con medici tirocinanti, giustificando tale preferenza affermando di aver creato, con il proprio medico, una sorta di relazione personale. Questo quello che ha affermato uno dei pazienti intervistati: "Se sei seduto in sala d'attesa, è bello essere riconosciuto dal tuo medico".

2. Vulnerabilità: i 2 soli pazienti che non hanno espresso la stessa preferenza per il proprio medico di base e, soprattutto, non hanno riportato alcun legame particolare con questo, erano entrambi giovani ed avevano chiesto il consulto per delle questioni mediche di routine. Nell'intervista, però, entrambi hanno anche affermato che avrebbero sicuramente sentito l'esigenza di essere sempre seguiti dallo stesso medico di base in caso di patologie importanti, per una gravidanza o lì dove avessero avuto dei bambini; in questi casi, infatti, un medico di famiglia li avrebbe fatti sentire più sicuri. Negli altri 20 pazienti, l'esigenza di avere sempre lo stesso medico di base seguiva, pressoché di pari passo, il senso di maggiore o minore vulnerabilità legato alla gravità della propria patologia; un paziente con una patologia cronica, per esempio, ha affermato che, in caso di problemi medici di minore importanza, avrebbe anche accettato di essere seguito da medici di base differenti;

3. Difficoltà a cambiare medico: un dato emerso nello studio di Frederiksen è la difficoltà che taluni pazienti hanno incontrato nel dover cambiar medico, difficoltà emersa anche – ed è questo un aspetto peculiare – nei casi in cui il paziente fosse consapevole della povertà della relazione con il proprio medico. È riportato, in particolare, il caso di una signora che per venti anni ha lamentato un rapporto insoddisfacente con il proprio medico di base, ma nonostante ciò, ha mantenuto lo stesso medico fino a che non ha trovato un altro professionista con cui è riuscita ad instaurare un rapporto soddisfacente. Queste le sue parole: "Cambiare medico non è un qualcosa che si fa tutti i giorni e la ragione di ciò risiede nel fatto che, una volta che ci si è abituati con un medico ed il medico ti conosce, è veramente come ricominciare tutto da capo".

I tre aspetti emersi mostrano con evidenza quanto il rapporto tra paziente e medico di base, per quanto fondato su presupposti di tipo professionale, non sia assimilabile allo stesso rapporto riscontrabile di consueto tra un cliente ed il fornitore di un servizio ovvero non si basa meramente sulla sola soddisfazione per il servizio fruito. Secondo i ricercatori, questo rapporto o, meglio, questa relazione, assume talvolta delle connotazioni "quasi irrazionali", come si evince in particolare nella difficoltà esperita da alcuni pazienti a cambiare il medico di base lì dove la relazione con questo non sia soddisfacente.

Su cosa si fonda, dunque, questa speciale relazione se, come abbiamo detto, non può dirsi si fondi sulla semplice soddisfazione di una richiesta professionale? I ricercatori hanno brillantemente e coerentemente collegato il carattere "quasi irrazionale" che può assumere questa relazione agli assunti della teoria dell'attaccamento. Secondo lo stesso Bowlby1, infatti, negli adulti il bisogno di attaccamento si attiva quando questi si sentono maggiormente vulnerabili poiché ammalati, stressati o spaventati. La malattia fa sentire vulnerabili, dunque, ed il senso di vulnerabilità, come messo in luce dal gruppo di ricerca di Frederiksen, è alla base della ricerca, nel rapporto con il medico di base, di un vero e proprio legame di attaccamento in cui il medico, in quanto possessore della capacità di garantire la salvezza del paziente, costituisce una sorta di figura di attaccamento.

Questo studio ci porta a riflettere sulla particolare espressione che la lingua italiana utilizza per indicare il medico di famiglia: "medico di base". È un'espressione maggiormente evocativa di significati rispetto, per esempio, all'inglese "general practitioner" utilizzato nell'articolo. Alla luce di questo originale articolo, possiamo suggerire che la base offerta dal proprio medico, quindi, non ha solo un carattere tecnico ma viene realmente esperita dai pazienti come una base sicura.

Fulvia Adriano

BIBLIOGRAFIA

Bowlby J, 1979, *The making and breaking of affectional bonds.* London, Routledge.

Storia/History

a cura di Giuseppe Tropeano

IL TARANTISMO E LA "MODALITA' DEL FAR FINTA"

di Fulvia Adriano

Il Salento di oggi è ancora permeato degli strascichi - soprattutto linguistici, ma non esclusivamente - di un fenomeno che per secoli (le prime testimonianze in letteratura risalgono al Medioevo) ha fatto ballare molte giovani donne ed ha incuriosito molti uomini di scienza: il tarantismo. Ancora oggi, sebbene sempre meno frequentemente, si possono ascoltare improbabili, eppure affascinanti, racconti sul fenomeno che parlano di giovani donne la cui vita veniva stravolta, all'improvviso, in un giorno d'estate, dalla puntura di un ragno dalle caratteristiche non ben definite, la taranta. Punte dalla taranta, queste donne cominciavano a provare un generale senso di malessere e di apatia, che si alternava e, soprattutto, si alleviava e curava, con salti e balli (con movenze piuttosto sovrapponibili a quella che in neurologia prende il nome di *corea* e, soprattutto, poco confacenti a donne riconosciute per il loro temperamento dimesso e pio). Le vittime della taranta, dunque, erano per lo più, anche se non esclusivamente, donne, in genere molto giovani, spesso delle contadine, provenienti dagli strati più poveri della popolazione locale. Ed era, del resto, nei campi, durante la raccolta del grano e del tabacco, che più facilmente si poteva incappare nel morso del ragno. Questi racconti, però, narrano sempre di crisi cicliche, di malesseri e balli che si ripresentavano puntualmente tutte le estati, dall'estate del morso. Così, ogni estate, al momento della crisi,

la famiglia della "malata" prontamente provvedeva alle cure necessarie, facendo accorrere nella propria casa l'equipe terapeutica che (dietro pagamento di un compenso assai oneroso per dei poveri contadini) si sarebbe occupata, di nuovo, del caso. Era, questa, una piccola orchestra di pochi elementi che, per mezzo di un accurato rituale musicale e cromatico, arricchito da molteplici aspetti simbolici, avrebbe curato la donna*. Il tutto, generalmente, si concludeva con un pellegrinaggio votivo verso la cappella di San Paolo ("Santu Paulu te le tarante"), nel comune di Galatina in occasione del 29 giugno, data che il calendario cristiano dedica alla celebrazione dei Santi Pietro e Paolo. A San Paolo erano destinate le offerte raccolte dalla famiglia della vittima del morso e versate da tutti coloro che erano accorsi – preoccupati ma anche curiosi - ad assistere alle sorti ed alla cura dell'ennesima vittima del ragno.

Ernesto De Martino e "La terra del rimorso"

Sono nata e cresciuta in Salento e sono queste le assai vaghe spiegazioni circa la taranta ed il tarantismo che ho spesso ascoltato; verosimilmente, le stesse che hanno incuriosito Ernesto De Martino, lasciandolo inevitabilmente perplesso. Ernesto De Martino (1908-1965), etnologo all'Università di Cagliari, si mise, sul finire degli anni '50 del secolo scorso, alla guida di un'equipe che, giungendo in Salento, si propose di cercare e scoprire il senso di questo secolare fenomeno. L'equipe, secondo un progetto accurato e lungimirante, era composta da De Martino, da un giovane Giovanni Jervis, al tempo specializzando, e dalla dr.ssa Letizia Jervis-Comba, psicologa che si sarebbe occupata della somministrazione ai tarantati del proiettivo di Rorschach. Quando De Martino ed i suoi collaboratori iniziarono i loro studi sul tarantismo, studi che portarono alla pubblicazione de "La terra del rimorso" (1961), i pareri degli uomini che, nel corso della storia culturale europea, si erano occupati a vario titolo del fenomeno, erano suddivisibili principalmente in due scuole di pensiero. La prima, era quella che vedeva nel tarantismo una sindrome di carattere puramente medico, legata al morso di un particolare aracnide, la "tarantola di Puglia" (Ferdinando, 1832). La seconda, invece, tendeva a collocare il tarantismo

* Per una descrizione dettagliata sul rituale terapeutico, si rimanda all'ampia letteratura sull'argomento

tra i fenomeni magici ed occulti e riteneva che le manifestazioni morbose dei tarantati, così come molte altre sindromi, potessero trarre giovamento dalla terapia effettuata del mezzo della musica (*iatromusica*).

Entrambe le spiegazioni erano per De Martino insufficienti e davano adito a più domande di quante fossero quelle a cui fornivano una risposta. In particolare: perché l'area limitrofa al comune di Galatina era "immune dal tarantismo"? Perché il fenomeno si ripresentava, dall'estate del primo (presunto) morso, ogni estate? Perché colpiva prevalentemente le donne e, soprattutto, le giovani donne? E come mai si poteva riscontrare una certa familiarità per il fenomeno? Se le spiegazioni di carattere magico non brillavano per scientificità, quelle di carattere strettamente medico non erano sicuramente sufficienti. Lo stesso Giorgio Baglivi (esponente della prima corrente di pensiero), si trovò costretto, infatti, di fronte ad alcune incoerenze in cui inevitabilmente cadeva la spiegazione medica, a concettualizzare due differenti tipologie di tarantismo, quello "vero", conseguente al morso velenoso della tarantola di Puglia, e quello "falso", messo a punto dalle *mulierco-les* per "celebrare i loro carnevaletti" (Baglivi, 1754).

In qualche modo, dunque, anche chi sosteneva con forza la spiegazione di carattere medico, ammetteva come, almeno in alcuni casi, il fenomeno potesse sottendere una eziologia differente, che potremmo definire di tipo isterico. Lo stesso Jervis, però, scongiura un riduzionismo in tal senso dichiarando che "Indubbiamente il caso (si riferisce ad uno dei casi di tarantismo riportati nel testo di De Martino, ndr) può essere considerato secondo gli schemi classici della nevrosi isterica… D'altro canto non è inutile ripetere che dietro una "diagnosi" singola di questo genere rischiano di scomparire molti dati interessanti, e in particolare gli elementi che caratterizzano il tarantismo inteso come fatto culturale dai contenuti simbolici, come "cura" e come "guarigione" mediante la danza e la musica: aspetti questi ultimi che escono dai limiti della problematica psichiatrica situandosi in una diversa prospettiva interpretativa, ma che non possono venire esclusi da un'indagine approfondita del tarantismo come fatto unitario" (Jervis, 1960). Ancora Jervis continua chiedendosi: "Accettando come utile la diagnosi di isteria in tutti questi soggetti, rimane da spiegare come mai in una zona

depressa come il Salento si osservino così facilmente fenomeni di dissociazione isterica o crisi di grande isterismo con il classico arco di cerchio, oggi del tutto scomparsi nelle grandi città e nelle regioni più ricche d'Italia" (ibidem).

Quale fu, dunque, la prospettiva interpretativa a cui pervennero De Martino ed i suoi collaboratori? L'ipotesi sostenuta e provata da De Martino sottolinea la non riconducibilità del tarantismo al morso di un aracnide che, se pure nei fatti verificatosi, è assunto come pretesto ed occasione per dare luogo alle manifestazioni tipiche di un fenomeno che, di fetto, è veicolo per il deflusso di istanze rimaste frustrate ed inespresse, di un eros a vario titolo precluso, di una carica aggressiva legata alla propria immutabile e misera condizione che ri-morde proprio in estate, quando, appena trascorso un inverno vissuto tra gli stenti, si è già in pena per gli stenti preannunciati dallo scarso raccolto ottenuto. È in questo momento che si incappa nel morso del ragno, e poi nel ri-morso, e così tutti le estati. I tarantati del Salento avevano, così, trovato la sola modalità, accolta dal tessuto ambientale di appartenenza e con esso compatibile, di "evocazione e deflusso dei contenuti critici smarriti" (De Martino, 1961). Quella dei tarantati, infatti, è *crisi della presenza* (De Martino, 1977), crisi in cui l'individuo, al cospetto di particolari eventi o situazioni (conflitti, malattia, morte, miseria, migrazione) esperisce una crisi radicale della propria "possibilità di esserci in una storia umana" (ibidem), sperimentandosi come incapace di agire e di determinarsi. Due sono per De Martino i possibili esiti di una crisi della presenza, l'*apocalisse culturale* e quella *psicopatologica.* Nella prima (è utile ricordare come il termine apocalisse derivi dal greco ἀποκάλυψις che significa scoperta, rivelazione), l'individuo riesce a trasformare la crisi e la propria sofferenza attraverso la partecipazione ad un piano comunitario e collettivo di risoluzione, non trascendendo, quindi, la collettività, ma al contrario, integrandosi ad essa. È questa l'apocalisse a cui potè assistere De Martino nell'estate del 1959, quando, in prossimità delle celebrazioni dei Santi Pietro e Paolo - quest'ultimo venerato come protettore dei tarantati ed evidente elemento chiave di questa forma di apocalisse che, a buon diritto, può definirsi culturale - l'intera collettività del paese si raccoglieva attorno alle vittime del

ragno che, dal canto loro, incontravano nel rito simbolico del ragno l'unica modalità di uscire dalla crisi, sebbene per poi rientrarvi con l'arrivo dell'estate successiva. La taranta ed il suo morso, dunque, offrono "l'orizzonte mitico-rituale di evocazione, di configurazione, di deflusso e di risoluzione dei conflitti psichici irrisoluti che "rimordono" nell'oscurità dell'inconscio. (…) questo simbolo prospetta un ordine mitico-rituale per comporre questi conflitti e per reintegrare gli individui nel gruppo" (De Martino, 1961).

Nella sua opera, però, De Martino parla anche di casi irrisolti di tarantismo, casi in cui il simbolo, insieme al rituale terapeutico conseguente, non riesce ad agire sulla sintomatologia e, per questo, è definito *simbolo non operante* (De Martino, 1961). È forse questo il caso, quindi, in cui sia lecito parlare di un'apocalisse psicopatologica (De Martino, 1977), di una crisi senza recupero, in cui l'individuo si isola da quello che una volta era stato il proprio mondo, dalle relazioni, dagli oggetti, non riconoscendone più il significato, non condividendone i simboli e precipitando, così, nella psicosi.

Questo, pertanto, rappresenta la taranta: il ragno che con il suo morso "scazzica", ovvero sollecita l'emersione e l'espressione di contenuti critici che, diversamente, rimarrebbero latenti (eppure laceranti) o, in alternativa, se espressi secondo modalità che prescindono da quelle accolte dal proprio ambiente, porterebbero ad un'apocalisse che non risolve.

Il tarantismo come fenomeno isterico

Ferma restando l'imprescindibile centralità delle sue caratterizzazioni contestuali, il tarantismo è a buon diritto ritenuto, dunque, un fenomeno di tipo isterico.

In una delle sue prime trattazioni, Freud (1894) definiva gli isterici come soggetti che "…avevano goduto di buona salute mentale fino al momento in cui era accaduto un episodio di incompatibilità nella loro vita ideazionale – vale a dire fino a quando il loro Io si era trovato a dover far fronte ad un'esperienza, un'idea od un sentimento che gli causava un affetto talmente penoso che il soggetto aveva deciso di dimenticarlo, poiché non aveva alcuna fiducia nella propria capacità

a risolvere la contraddizione tra questa idea ed il proprio Io per mezzo di un'attività di pensiero". Per Freud, dunque, l'Io si pone l'obiettivo di trattare l'idea incompatibile come *non arrivée* e ci riesce staccando dall'idea stessa l'affetto ("somma di eccitazione") ad essa collegato e trasformando questo affetto in qualcosa di somatico (ibidem). Da qui, dunque, la "conversione somatica".

Sicuramente, tornando al tema di questa trattazione, nel definire le manifestazioni del tarantismo nessuna espressione è più appropriata di quella di conversione somatica. Secondo Ey (Ey, 1960), però, se l'isteria è manifestamente caratterizzata da una "iperespressività somatica delle idee, delle immagini e degli affetti inconsci", vi è, comunque, la necessità di definire la personalità alla base dell'isteria nella sua particolare struttura, caratterizzata per l'Autore da "psicoplasticità, dalla suggestionabilità e dalla **formazione immaginaria del suo personaggio**" (ibidem).

Struttura di personalità, dunque. Per cosa si caratterizza la personalità di base dell'isterico e, verosimilmente, quella di una tarantata salentina negli anni in cui l'equipe di De Martino studiò sul campo il fenomeno del tarantismo? Cosa conduce un soggetto ad una gestione così caratteristica delle "idee incompatibili"? E dove risiede l'origine dell'incompatibilità delle idee?

Lo sviluppo della personalità

Parlare di personalità significa parlare di come si sviluppi la nostra mente e la capacità di questa di "mediare la nostra esperienza con il mondo" (Fonagy, 2002).

La prima – e, per qualche tempo, l'unica - forma di espressione della mente del neonato è data dalle esperienze sensomotorie che veicolano le prime emozioni legate al rapporto del neonato con l'ambiente. È il periodo in cui si può parlare solo di un livello mentale di I ordine, il **Protomentale** (Bion, 1961), con il quale intendiamo quell'inconscio presimbolico, preriflessivo e prelinguistico legato alle prime esperienze emotive dell'infanzia, nonché alla vita emotivo-affettiva in generale.

La sanità di base dell'individuo sottende la possibilità e la capacità che ciò che risiede a livello dell'inconscio protomentale sia sottoposto

ad un'opera di rappresentazione sintetica per mezzo di immagini mentali, ovvero di rappresentazioni mentali di sé e dell'altro da sé. Parliamo, dunque, di un livello mentale successivo e maggiormente evoluto, il **Pensiero Inconscio** (Lago, 2006), un livello inconscio e prelinguistico, ma simbolico e legato, quindi, alle capacità del soggetto di elaborare immagini mentali per mezzo della funzione riflessiva o mentalizzazione (Fonagy, 2002).

I due inconsci, Protomentale e Pensiero Inconscio, sono alla base dello sviluppo del **Pensiero Verbale** (Lago, 2006), il quale è espressione del sé, espressione non solo squisitamente linguistica ma, prima ancora che linguistica, espressione corporea, capacità fattiva di muoversi all'interno delle relazioni intersoggettive, nonché espressione del sé per mezzo del linguaggio e di forme non necessariamente linguistiche (arti figurative, scrittura, musica, etc.).

Lo sviluppo della capacità di mentalizzazione

Risulta evidente, dunque, come la capacità di mentalizzazione o funzione riflessiva (Fonagy, 2002) costituisca la chiave di volta che regola l'equilibrio ed il benessere dell'individuo. Come accennato quando si è parlato del Protomentale, il neonato nasce privo della capacità di mentalizzare, essendo l'unica attività mentale possibile quella legata, appunto, al livello Protomentale. L'attività protomentale resterà, per circa 18/24 mesi dalla nascita, l'unica attività mentale possibile e la ragione di ciò risiede fondamentalmente nel non completo sviluppo cerebrale alla nascita. Raggiunta la maturazione cerebrale necessaria, dunque, per il bambino può gradualmente cominciare la possibilità di utilizzare la mente come mediatrice nell'esperienza con i propri vissuti interni e con il mondo esterno. La prima mente che il bambino utilizzerà a tal fine, quindi, non sarà la propria, ancora impreparata, ma quella delle figure di attaccamento che fungono, così, da "menti vicarie". Scrivono Fonagy e Target (2001), "L'esperienza che il bambino ha di se stesso come organismo dotato di una mente o di un sé psicologico non è una dato genetico. È una struttura che si sviluppa dalla prima infanzia in poi e il suo sviluppo dipende in modo critico dall'interazione con menti più mature, la cui qualità sia a loro volta benigna e riflessiva".

Ai fini di questo sviluppo, uno dei compiti a cui le figure di attaccamento sono chiamate è quello di permettere che il bambino superi, integrandole tra loro, le due modalità primitive di funzionamento mentale, la modalità dell'*equivalenza psichica* e quella del *far finta*. La modalità dell'equivalenza psichica (Fonagy, 2002), superata normalmente entro il primo anno di vita, è quella che porta il bambino a confondere i propri stati mentali (vissuti emotivi, fantasie, idee, pensieri) con la realtà, piuttosto che a considerarli come proprie personali rappresentazioni. Il superamento di questa modalità avviene per mezzo di un delicato processo di *rispecchiamento affettivo* (ibidem) da parte dei caregivers. I neonati, infatti, acquisiscono la prima capacità di regolazione degli affetti grazie all'osservazione dell'espressione facciale e vocale del caregiver che, se capace, opererà una marcatura (ibidem), ovvero una riproduzione esagerata dell'espressione emotiva. La marcatura metacomunica al bambino due fondamentali messaggi: 1. che il caregiver comprende pienamente lo stato emotivo del bambino favorendone, quindi, l'espressione anziché l'inibizione di questa; 2. che questo stato emotivo del genitore - rispecchiante quello del bambino - non corrisponde, però, alla realtà, non trasmettendo il caregiver, di fatto, alcuno stato di terrore, paura, imbarazzo, disagio, rabbia. Si attua, quindi, uno *sdoppiamento referenziale* (Leslie, 1987) per cui il bambino sdoppierà la manifestazione emotiva percepita (l'espressione emotiva marcata) dal suo referente (il caregiver rispecchiante), superando così, di volta in volta, l'equivalenza psichica.

Superata la modalità dell'equivalenza psichica, è intorno al quarto anno che, normalmente, il bambino supera la seconda modalità primitiva di funzionamento mentale, quella del far finta. È questa una modalità di funzionamento per cui, costantemente, il bambino sdoppia i propri stati mentali dalla realtà, considerando questi, quindi, non reali. Il caregiver, dunque, è chiamato ad un nuovo delicato compito: quello di permettere che il bambino superi anche questa modalità, integrandola con quella dell'equivalenza psichica, perché non permanga in una perenne situazione di gioco e di finzione esercitata a scopo difensivo da contenuto mentali che, se vissuti come reali, procurerebbero paura. Perché ciò si compia, è necessario un contesto di attaccamento *sicuro*

(Ainsworth, 1971), dove il bambino "… ha fiducia nella disponibilità, nella comprensione e nell'aiuto che il genitore (o la figura parentale) gli darà in situazioni avverse o terrorizzanti. All'interno di questa sicurezza, egli si sente ardito nell'esplorare il mondo. Questo schema (di attaccamento, ndr) viene promosso da un genitore, nei primi anni specialmente dalla madre, che sia facilmente disponibile, sensibile ai segnali del bambino, e amorosamente pronta a rispondere quando il bambino cerca da lei protezione e/o conforto" (Bowlby, 1988). Solo all'interno di un contesto di attaccamento di questo tipo, quindi, il bambino potrà superare la modalità del far finta, poiché, potendo contare su di una base sicura ed accogliente, non avrà da temere la realtà dei propri vissuti e, quindi, non dovrà difendersi da essa.

Isteria e "modalità del far finta"

Il bambino che cresce all'interno di un contesto di attaccamento insicuro (Ainsworth, 1971), in cui non possa contare sulla disponibilità e sulla prontezza dei caregivers a rispondere alle possibili e molteplici istanze presentate, comporta il permanere del bambino stesso - nonché, una volta cresciuto, dell'individuo adulto - nella modalità del far finta, in cui l'unico modo possibile per vivere queste istanze è quello, appunto, di fingere che non siano reali.

Questa permanente modalità del far finta e la conseguente *incompleta capacità di mentalizzazione*, è ciò che caratterizza, da un punto di vista dell'evoluzione della funzione riflessiva, l'isteria o lo *sdoppiamento isterico* (Lago, 2006), secondo una terminologia che tiene in considerazione proprio le radici relazionali di questa condizione che affondano nelle esperienze di attaccamento. L'incompleta mentalizzazione, dunque, derivante dal permanere della modalità del far finta, è ciò che conduce il soggetto isterico a sdoppiare il mondo reale dal mondo rappresentazionale con la conseguente difficoltà nel raggiungimento del Pensiero Verbale, ovvero di una espressione nel reale dei propri contenuti rappresentazionali.

Quali erano, dunque, i contenuti rappresentazionali dei tarantati del Salento da fingere come non reali? Quali erano, per ricollegarci alla terminologia freudiana citata, le "idee incompatibili" da trattare

come *non arrivée* ed il cui contenuto affettivo sarebbe poi confluito in termini di conversione somatica? Verosimilmente, gli stessi rilevati con profondi acume e sensibilità da De Martino ed i suoi collaboratori, ovvero, in primis, la condizione di profonda miseria in cui i tarantati erano nati e che costituiva, senza alcun margine di possibilità di mutamento, il proprio destino. Una condizione, questa, che intaccava l'intera esistenza, non solo la sfera strettamente economica e lavorativa. La propria condizione ed il ceto di appartenenza, infatti, determinavano la stessa vita affettiva e relazionale dei tarantati, precludendo a questi (specie alle donne) la possibilità di vivere e scegliere liberamente e spontaneamente anche, e soprattutto, le relazioni con l'altro sesso.

Visto secondo l'ottica della teoria dell'attaccamento e dello sviluppo della funzione riflessiva, dunque, il tarantismo può essere considerato un fenomeno legato ad uno sviluppo incompleto della capacità di mentalizzazione. È coerente ipotizzare, infatti, come talune istanze, piuttosto precoci, come l'amore impossibile tra giovani di estrazioni differenti o la frustrazione legata alla propria condizione sociale, non abbiano trovato un terreno accogliente e che ne favorisse l'espressione, ma che abbiano trovato, al contrario, un contesto familiare teso a favorire lo sdoppiamento tra queste istanze ed il reale, lasciando le prime sospese in un mondo parallelo a quello reale. Ciò, come detto, non può che favorire il permanere nella modalità del far finta. Come nota lo stesso De Martino (De Martino, 1961), del resto, il tarantismo conosceva anche una significativa distribuzione familiare: i figli dei tarantati, dunque, più facilmente sarebbero incappati nel morso del ragno, rimanendone anch'essi vittime.

BIBLIOGRAFIA

Ainsworth M.D.S, Bell S.M., Stayton D.J. (1971) *Individual differences in strange situation behavior of one-year-olds. In The origins of human social relations,* Schaffer H.R. Academic Press, London

Baglivi G. (1754), *Dissertatio de anatome, morsu et effectibus tarantulae.* In Opera Omnia, Venezia

Bion W.R. (1961). *Esperienze nei gruppi.* Armando, Roma

Bowlby J. (1988). *Una base sicura.* Raffaello Cortina Editore (prima edizione italiana 1989)

De Martino E. (1961), *La terra del rimorso.* Il Saggiatore, Milano

De Martino E. (1977). *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali.* Einaudi

Ey H., Bernard P., Brisset C. (1960) *Manuel de psychiatrie.* Masson

Ferdinando E. (1621), *Centum historiae seu observationes.* Venezia

Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L., Target M. (2002). *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé.* Raffaello Cortina Editore (prima edizione italiana 2005)

Fonagy P., Target M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva.* Raffaello Cortina Editore

Freud S. (1894), *Le neuropsicosi di difesa* ("Die Abwehr-Neuropsychosen"). Neurologisches Zentralblatt, 13

Jervis G. (1960), *Considerazioni neuropsichiatriche sul tarantismo.* Pubblicata in Appendice I in La terra del rimorso, De Martino E. (1961), Il Saggiatore, Milano

Leslie A. (1987). *Pretense and representation: The origins of "Theory of Mind".* In Psychological Review, 94, pp. 412-426