

¹ La plenaria mette in dialogo una epistemologa, uno psicopatologo ed un antropologo per tentare una definizione della psicosi in funzione della cura. Il discutant evidenzia come ogni definizione della psicosi è legata alla cultura (antropologo), ad un orizzonte di riferimento (psicopatologo) ed ad una visione fenomenologica dell'epistemologia.



Giuseppe Martini

Discussione delle relazioni della tavola rotonda:
Una teoria condivisibile della psicosi in funzione della cura

Nella tavola rotonda *“Una teoria condivisibile della psicosi in funzione della cura”* i tre relatori hanno proposto una prospettiva antropologica, psicopatologica e filosofica con cui affrontare il tema in oggetto. Hanno applicato il loro vertice osservativo a tematiche specifiche, molto diversificate tra loro, talora fornendo esemplificazioni cliniche, e nel contempo proponendo una “lente” attraverso la quale avvicinarsi all’ universo psicotico, nelle sue varie sfaccettature. Questo indubbiamente è quanto metodologicamente più ci sollecita in stretta relazione con gli intendimenti della tavola rotonda stessa.

Vorrei allora porre in apertura il quesito riassuntivo (che riprenderò in conclusione): possono questi tre discorsi favorire l’avvicinamento a una teoria condivisa delle psicosi? La risposta che mi sentirei di anticipare è che essi mostrano la possibilità, oltre che la necessità, di una teoria integrata, lasciando senz’altro aperta la possibilità di una condivisione ma anche suggerendoci prudenza circa la possibilità di pervenirvi per una via breve. Per quale ragione? Lo comprendiamo bene dalle considerazioni di Roberta Lanfredini, laddove l’autrice, riecheggiando la lezione jaspersiana cui direttamente si richiama nella prima parte del suo intervento, ci ammonisce a diffidare dal *“vizio speculativo di voler unificare o ricondurre a tutti i costi la descrizione dei casi a un principio unitario preventivamente stabilito”*, rilevando piuttosto come *“la vita psichica si presenta infatti come un tutto infinito che sfida ogni sistematizzazione (...) e ridurla o dominarla mediante un principio porterebbe necessariamente a una comprensione dei fatti prevenuta e parziale”*. In un recente articolo dedicato al rapporto tra psicofarmacoterapia e psicoanalisi (Martini, 2016), io stesso ricordavo una illuminante riflessione di Jaspers: *“la molteplicità dei metodi e degli aspetti, questa frammentazione dell’essere umano come oggetto d’indagine, l’elemento di incompiutezza sono la verità fondamentale della conoscenza dell’uomo in generale (...). Anche nella chiarificazione filosofica non si ottiene alcuno schema univoco dell’essere umano”* (Jaspers, 1959, pp.807, 809).

Abbracciando un tale punto di vista, dovremmo forse mostrarci (saggiamente) scettici circa la possibilità di una teoria condivisa della psicosi, senza peraltro smettere di riconoscerne il grande bisogno.

Sulla medesima linea, mi verrebbe da muovere una seconda e più specifica considerazione critica in merito alla condivisibilità della teoria in funzione della cura. Anche a tal proposito non stona un invito alla prudenza (Del Pistoia affronta implicitamente ma in modo brillante la questione fornendocene svariati esempi). Quel che intendo dire è che un certo sistema di cura potrebbe influire retroattivamente in modo troppo “pesante” sulla teoria venendo a autoconvalidarla con troppa disinvoltura e insieme limitandone le possibilità trasformativa e integrative (rispetto ad altri punti di vista). Inoltre, costruire modelli teorici a partire dall’intervento terapeutico adottato potrebbe favorire una visione unitaria del trattamento della psicosi laddove le psicosi rappresentano un campo polimorfo e rispondono a differenti sistemi terapeutici. Ad es. la schizofrenia sollecita una certa organizzazione delle cure (che può appropriatamente trovare il suo epicentro nella Comunità Terapeutica) che poco si addice al trattamento di un paziente paranoico o affetto da una psicosi isterica, senza beninteso dimenticare il grande rilievo che assume lo stile di lavoro del terapeuta: la psicosi che vede lo psichiatra avvezzo al DSM 5, che vuole azzerare il sintomo, non è la stessa con cui si confronta lo psicoterapeuta che dovrà invece tollerare a lungo una condizione di vuoto, di “*esistenza negativa*” (Benedetti), di “*perdita dell’evidenza naturale*” (Blankenburg) ben poco rispondente ai farmaci. In questo senso quando parliamo di teoria condivisibile della psicosi in funzione della cura non possiamo certo omettere di chiederci anche a quale cura ci stiamo riferendo. Insomma “*teoria della psicosi*” e “*cura*” dovrebbero consentire una reciproca verifica e correzione dei nostri “*assunti di base*”, ma questo è proprio quanto le convinzioni di “*scuola*” e le ideologie professionali rendono estremamente arduo....

A fronte di ciò dobbiamo riconoscere che, sebbene la comunità scientifica sia stata in grado di produrre una serie infinita di teorie sulla psicosi, ancora non è stata capace di accordarsi su cosa il termine significhi, ammesso poi che lo si voglia continuare a declinare al singolare, trascurando l’enorme varietà dei quadri clinici che vanno sotto tal nome e che immediatamente si riverbera, come sopra accennavo, sul piano terapeutico.

Venendo così all’intervento di Polia, la sindrome culturale del “*susto*” nella medicina andina potremmo chiederci se il *susto* da lui illustratoci possa essere inteso come una psicosi. Se intendiamo genericamente “*psicosi*” come perdita di contatto con la realtà, allora la risposta potrebbe essere affermativa, ma a considerare le dinamiche individuali e sociali che la sottendono, ecco che appare molto più appropriata, al di là della vistosa fenomenologia, la dizione di sindrome culturale. Dunque il *susto* ci dice poco a proposito di psicosi...ma molto a proposito della cura e dei suoi paradigmi. E infatti una parola centrale del discorso di Polia è “*fede*” (“*la fede inconcussa nella medicina dei padri*”, “*la fede è considerata dalla medicina indigena elemento terapeutico di primaria importanza*”). Proviamo allora a scomporla: all’interno della fede possiamo cogliere una dimensione di suggestione ed una, come l’autore stesso ha ricordato, di fiducia. La prima rende forse problematica l’affermazione che “*solo una convincente risposta ‘culturale’ agendo sulla patogenesi sarà in grado di riequilibrare in modo efficace l’alterazione psichica*”. La problematicità nasce dal fatto che quel riequilibrio è della stessa natura di quanto vincola e fissa il soggetto all’interno del suo sistema di credenze culturali, in modo non dissimile da come il trattamento esclusivamente farmacologico di uno stato d’ansia o di una depressione nel nostro contesto sociale vincola il paziente, specie laddove i risultati siano positivi, a una concezione “*operatoria*” dell’esistenza che lascia poco spazio alle emozioni, alla vita psichica e ad una eventuale elaborazione del lutto. Il carattere suggestivo che connota tanto l’ingresso che l’uscita dalle malattie da perdita dell’anima le apparenta del resto più ai disturbi dissociativi e eventualmente ai disturbi post traumatici da stress, che dei primi costituiscono un capitolo importante (e insieme ben distinto da quello dei disturbi somatoformi o amnesici retti da meccanismi più assimilabili a quelli

dell'isteria). Questo suggerisce anche una sottile parentela tra il guaritore tradizionale e quelle forme di terapia (il memsmerismo, l'ipnosi, ma anche l'abreazione di Breuer e Freud) la cui comparsa sulla scena europea segna, per dirla col titolo della celeberrima opera di Ellenberger, la "*scoperta dell'inconscio*". Ma non possiamo nemmeno trascurare la parentela con un altro genere di "terapeuta" molto di "nicchia" nel mondo occidentale, ma ben lungi dal tramontare: l'esorcista. Sia costui che il guaritore tradizionale si riferiscono infatti nel loro lavoro a una entità "terza" di cui debbono stabilire gli attributi e con cui in qualche modo sono tenuti a entrare in contatto. Ho incontrato recentemente una coppia di giovani professionisti, plurilaureati: il giovane, con piena condivisione della sua compagna, si era recato da un esorcista perché nonostante la lunga lista dei suoi titoli universitari non riusciva a trovare lavoro (sic!). Prontamente confermato dal prelado nel suo timore di una causa demoniaca della sua disoccupazione ha iniziato un percorso che gli è valso, durante i rituali cui si è sottoposto, numerose crisi pseudoconvulsive (beninteso dal mio personale punto di vista) che poi sono esitate in una più grave durante una visita alla Porta Santa, che lo ha condotto direttamente in SPDC, ove ho provveduto prontamente a rimuovere la terapia che il collega di guardia aveva prudenzialmente instaurato, non rinvenendo nel modo più assoluto alcun sintomo psicotico. In verità è venuta recentemente a mia conoscenza anche un'altra tecnica importata nel mondo occidentale con una certa curiosa risonanza, dichiaratamente ispirata da maghi e guaritori (messicani, in tal caso): la "psicomagia" di Alejandro Jodorowsky. Ho inteso un paio di anni fa il racconto di una donna medico, persona che teneva a definirsi "razionale", ma disperata per una sua irriducibile infertilità, che decise di sottoporsi alle cure di un adepto del regista cileno che la indusse alle pratiche più bizzarre (come andare a nascondere o seppellire il proprio assorbente intriso di sangue mestruale nei posti più impensati), ma che tuttavia a distanza di poco tempo riuscì a rimanere incinta...

Si pone allora il quesito, invero assai intrigante, di cosa succeda e cosa entri in gioco nel rapporto terapeuta-paziente nei casi in cui tecniche insorte in tutt'altro contesto culturale vengano applicate nelle nostre civiltà ipertecnicizzate e per di più proposte a persone relativamente o completamente prive di una "identità culturale" che sia in sintonia con le tecniche applicate.

Può forse venirci in soccorso l'altra dimensione, complementare alla suggestione, cui Polia fa esplicito riferimento, vale a dire la fiducia? Possiamo forse prudentemente tirarla in ballo, prendendo peraltro atto dei meccanismi di pensiero magico che possono essere anche alla base di questa stessa, in modo coesistente e contraddittorio con altri meccanismi che rinviano piuttosto alla razionalità e alla coscienza.

Certo la fiducia, proprio nella sua commistione di pensiero magico e razionale, è molto importante nell'ambito di tutta la medicina! Fiducia e suggestione sono confinanti e complementari, ma non possiamo ignorare una divergenza, se non altro di principio: nella fiducia c'è una dimensione di reciprocità e pariteticità (bene ce lo ricorda Polia), laddove la seconda si attiva sulla base di un dislivello tra il terapeuta "supposto sapere" e un paziente indottrinato e inserito in tal modo all'interno di un campo teoretico che il primo può manovrare e il secondo solamente subire. Cosa impedisce al rapporto tra lo sciamano e il suo paziente di non mettere in gioco (solo) suggestione e indottrinamento? La condivisione di una visione del mondo, garantita da un terzo, non necessariamente Dio, ma comunque una (o più) entità soprannaturali (si parla infatti di "spiriti") la cui presenza "sovraordinata" al guaritore e a chi chiede aiuto è attestata dalla loro comune fede. Ma cosa succede quando non c'è più un "garante esterno" che convalidi la condivisione delle *weltanschauung*? Questa è la realtà in cui ci troviamo a operare, con grande e frequente detrimento del rapporto fiduciario medico-paziente. Allora spesso l'attacco invidioso e il vissuto persecutorio prendono il posto dell'alleanza terapeutica, creandosi una situazione agli antipodi della passività indotta dalla suggestione, ma forse ancor più pericolosa.

Affrontando ora l'intervento di Del Pistoia, *La psicopatologia: natura e funzione*, mi sembra che un possibile raccordo possa rinvenirsi nella sua sottolineatura della articolazione tra il momento della teoria e quello della scelta della cura. Ecco infatti la sua proposta: *“mettere i segni della semeiotica in una prospettiva dotata di senso e sul significato che essi così acquisiscono fondare e legittimare un fare terapeutico”*. L'autore porta al proposito diversi esempi: in un rapido attraversamento della grande stagione della psicopatologia francese da Magnan a Sérieux e Capgras per giungere a Ey, l'autore acutamente mostra le trasformazioni cui assistiamo nel passaggio da una concezione evolutiva (sino alla demenza) del delirio all'idea che esso, al contrario, si espande ma non si evolve, per giungere infine a focalizzare non più l'evoluzione, bensì il meccanismo generatore nei suoi aspetti difensivi, con Freud e Bleuler, intellettualistici con Claude, o subordinati alla destrutturazione del campo di coscienza con Ey. Ma al di là di questo affascinante excursus, il suo discorso è in primis volto a valorizzare la funzione della psicopatologia, che sintetizza in modo del tutto condivisibile nel *“mettere i segni della semeiotica in una prospettiva di senso”* e *“indirizzare per questa via ad una terapia”*. L'autore contrappone il *“dato di natura”* (gli *“alienati”*) alla loro trasformazione in *“malati mentali”* che richiede che siano inseriti all'interno di un qualche paradigma psicopatologico. Io utilizzerei un vocabolario difforme e sottolineerei che il *“dato di natura”* sono piuttosto i sofferenti. La funzione della psicopatologia (e la scelta di privilegiare un certo paradigma psicopatologico) si giocano allora nel tentativo di trasformare, per dirla con Paul Ricoeur, la sofferenza insopportabile in sofferenza sopportabile:

“La forza dell'interpretazione non consiste nell'abolire del tutto l'opacità, piuttosto nel renderla accettabile, sopportabile. Torniamo sempre alla questione della sofferenza: la sofferenza insopportabile e la sofferenza sopportabile (...) Sopportabile significa che lo è sia per se stesso che con gli altri: è quanto fa sì che una malattia mentale non impedisca i rapporti con gli altri, i rapporti sociali ed il dialogo con se stesso” (2007, p.164).

Del Pistoia, forse più ottimisticamente, parla, proprio nell'ultimo capoverso del suo lavoro, di *“favorire le condizioni che permettano ai malati mentali di provare la gioia”*: la modalità della persona di rapportarsi alla sua malattia può anche, magari col nostro aiuto, includere piacere. Mi sembra che le due prospettive (sofferenza sopportabile\gioia) vadano comunque nella medesima direzione che è quella, per riprendere Ricoeur, di *“mettere in racconto”* (op.cit., 2007) e prima ancora, per riprendere Del Pistoia, di porci alla ricerca di una *“prospettiva di senso”*. Se perdiamo la possibilità di dare un senso alla sofferenza mentale, noi falliamo inevitabilmente anche sul piano del prenderci cura. Se infatti è possibile una medicina (quand'anche evidence based) esclusivamente oggettivante (che in quanto tale non è mai una buona medicina) e indifferente al problema del senso (alla cui ricerca muove invece la medicina narrativa), una psichiatria oggettivante è proprio impossibile, in quanto nel praticarla verremmo a collocarci al di fuori del suo ambito per inserirci nell'ambito del trattamento biologico, che al primo non è in alcun modo sovrapponibile (limitandosi a esserne piuttosto un componente). L'ambito della psichiatria prevede infatti (e qui il riferimento è all'intervento della Lanfredini) che il terapeuta si confronti con l'*“essere umano come un tutto”* (Jaspers). Il punto di partenza in psichiatria non può che essere la vita psichica come un tutto infinito: questa affermazione che ricorre nelle prime pagine della psicopatologia jaspersiana è essenziale per comprendere l'essenza della nostra disciplina. Altrimenti si scade nel DSM 5, il cui unico merito sarebbe potuto consistere nel riuscire a mettere d'accordo la comunità scientifica in termini di diagnosi, ambizione tuttavia che è vistosamente fallita perché troppo forte rimane il

peso della teoria (specie se implicita e non riconosciuta, come Del Pistoia fermamente ribadisce).

Occorre tuttavia fare attenzione: dare senso non significa appiattare la sofferenza mentale sul piano della mera comprensibilità sino alla banalizzazione più triviale. Giova ricordare al proposito che l'incomprensibile è una categoria prima filosofica poi psicopatologica: ciò che per lo Jaspers filosofo è incomprensibile è l'esistenza, la libertà, l'inconscio e solo in tale alveo emerge l'incomprensibilità del delirio. L'incomprensibile¹ non è solo oppositivo alla comprensione come correntemente la intendiamo (verständlich) ma anche all'abbracciare, al contenere (greifen): la follia ha in sé qualcosa che non può essere abbracciato completamente dalla mente umana:

“Se la filosofia implica voler capire ciò che non si comprende e accoglie le grandi domande dell'umanità (...) allora essa abbraccia i misteri dell'inizio e della fine, dell'essere e del nulla (...), domande enigmatiche a cui non sembra sia possibile fornire delle risposte sulla base di un sapere. Lo psichiatra riconoscerà immediatamente l'affinità di tali questioni incomprensibili, con quanto gli capita di incontrare nelle malattie mentali e psichiche di cui egli si occupa abitualmente” (Gadamer, 1989).

Di qui il discorso anch'esso altrettanto fondamentale del limite: *“La conoscenza causale non trova mai i suoi limiti (...) Viceversa il comprendere trova ovunque dei limiti.(...) Ogni limite del comprendere rappresenta un ulteriore impulso alla ricerca causale”* (Jaspers, 1959, p.330), ma nel contempo: *“La comprensione, anche urtando ai confini dell'incomprensibile, è infinita, perché lo stesso compreso, con il proprio movimento, allarga il proprio spazio, modificandolo”* (op.cit., p.386). E' dunque essenziale il riconoscimento dei nostri limiti nella comprensione e nella cura della psicosi.

Giungo infine ai Nuovi modelli epistemologici per affrontare la diversità di Roberta Lanfredini, del cui lavoro mi ha molto intrigato la contrapposizione tra presupposto e pregiudizio. Come fare a distinguerli? Che il presupposto sia *“ciò che rende possibile il nostro modo di intendere”* e il pregiudizio *“un peso che ci paralizza”* è chiarificatore in linea di principio, ma non risolve il problema. Come distinguere ad esempio il presupposto psicopatologico, di certo irrinunciabile, come ci ha mostrato Del Pistoia, dalla selva intricata e folta dei pregiudizi psicopatologici? È un compito complesso su cui ancora una volta pesano molto le nostre teorie, che ci farebbero esprimere probabilmente in modo difforme l'un l'altro.

Ho riletto le pagine di Jaspers al proposito, alquanto complesse. Ad esse si potrebbe, se non contrapporre per lo meno affiancare la concezione gadameriana (1972) che è invece fondamentalmente valorizzante in quanto l'autore, partendo dall'immagine del circolo ermeneutico, sottolinea come il nostro pensiero parta sempre da un pre-giudizio. Ma forse al di là della diversità dei vocabolari (ma anche di quanto essi ideologicamente veicolano: Habermas, dal punto di vista dell'agire emancipativo, era ad esempio in disaccordo con la valorizzazione gadameriana troppo generica del pregiudizio) i due filosofi, e molti altri con loro, si troverebbero in accordo sulla necessità di una distinzione. Certo alcuni pregiudizi tra quelli cui fa riferimento Jaspers, ripresi dalla Lanfredini, mostrano una certa problematicità, ad esempio laddove il filosofo parla di *“pregiudizio immaginativo”*. A questo proposito il confronto che mi sorge in mente è con un articolo del 1978 di Paul Ricoeur nel quale l'autore piuttosto valorizza l'immagine rispetto al linguaggio (non si dimentichi che siamo negli anni Settanta, dunque in pieno linguistic turn, all'epoca dell'egemonia culturale dello strutturalismo): *“ciò che è specifico nella scoperta psicoanalitica è che il linguaggio lavora a un livello pittorico”* (p.113); *“il problema per l'interpretazione non consiste*

¹ Termine che traduce due differenti sostantivi usati da Jaspers: unverständlich e unbegreiflich

nell'appartenenza del simbolo al tesoro verbale dell'umanità, ma nell'uso 'pittorico' che ne fa il sogno" (p.108). Le citazioni di Ricoeur, torna a proposito nel panorama culturale odierno, perché ci mostrano come il filosofo sia stato antesignano della attuale rivalorizzazione dell'immagine cui assistiamo in campo psicoanalitico. E non senza ragione: rispetto al linguaggio l'immagine è indubbiamente più vicina alla sensorialità, alla rappresentazione di cosa, all'inconscio, all'emozionalità. Ma sicuramente Jaspers parla del pregiudizio dell'immagine da un altro punto di vista, collegandola con la spazializzazione: "la metafora spaziale –commenta Lanfredini - colloca ciò che descrive come se si collocasse nello spazio, in ultima analisi come se fosse una cosa". Ma anche da tale prospettiva le riflessioni possibili sono molteplici.

Consideriamo ad esempio l'attenzione che oggi gli psicoanalisti riservano all'immagine (di cui mi sono occupato in un recente volume curato insieme con il filosofo Vinicio Busacchi): ebbene essa testimonia proprio la trasformazione del paradigma psicoanalitico nel senso del passaggio auspicato dalla Lanfredini (per utilizzare i suoi termini) dalla categoria della analisi alla categoria della intuizione. Laddove l'analisi, come dice l'autrice, parte da un già dato, da una realtà indipendente e in sé, l'intuizione parte non dal già dato ma dalla relazione. E questa è stata proprio la trasformazione principale che ha interessato la psicoanalisi, grazie ...per complicare le cose ad autori che si sono molto valse della metafora spaziale: lo spazio transizionale di Winnicott, il rapporto contenitore- contenuto di Bion, il campo dei Baranger, il teatro del sogno di Resnik, uno tra i maggiori esperti di psicoanalisi delle psicosi. Questo forse è legato al fatto che il setting psicoanalitico è per sua natura vincolato alla temporalità e alla parola, per cui l'immagine e lo spazio hanno rappresentato per questa disciplina una sorta di riscoperta tardiva, ma necessaria, complementare allo "spostamento di accento dalla nozione (radicata nello spazio) di norma alla nozione (radicata nel tempo) di sentire" che ha consentito in ambito filosofico "il passaggio da una fenomenologia della coscienza a una fenomenologia dell'esistenza".

Differenti percorsi, differenti punti di partenza, ma forse analoghi punti di arrivo, non solo nella coniugazione di spazio e tempo, ma anche nella messa tra parentesi del "metodo dell'analisi" per valorizzare la "struttura dell'intuizione", centrata sull'ascolto, sulla relazione, sulla curvatura emotiva, sull'uso di categorie fluide, sul corpo, sul tempo vissuto. E col proporci questa elencazione Lanfredini si muove in sintonia, forse inconsapevolmente, con le più importanti trasformazioni della teoria e della clinica psicoanalitica contemporanea, che si potrebbero elencare esattamente nello stesso modo e negli stessi termini, forse aggiungendo che la valenza trasformativa dell'intuizione, oltre che dalla sua struttura temporale, nel setting analitico è consentita anche dalla sua struttura spaziale, cioè dal posizionamento nello spazio (corporeo e psichico, quest'ultimo articolato in proiezioni, identificazioni, dislocazioni fantasmatiche) che lega e relaziona i due membri della coppia analitica.

In sintesi, mi parrebbe che dai tre lavori possa derivare un'ultima riflessione in merito a tre possibili paradigmi che attraversano la relazione terapeutica al di là delle strette appartenenze di scuola: il paradigma sacrale-suggestivo, quello razionale e quello centrato sul prendersi cura.

Se il primo ha un'efficacia strettamente correlata con quelle che possono denominarsi "sindromi culturali" e lascia qualche perplessità per la sua stretta adesione a una cornice culturale che non mette comunque in discussione (verrebbe da dire: nel bene come nel male), il secondo, esemplificato dal motto freudiano "Dove era l'Es, deve subentrare l'Io" (1932, p.190) (ma comune anche a tante altre scuole, ad esempio cognitive) tradisce una fiducia illusoria nel potere della ragione e della ricostruzione della verità storica (il metodo dell'analisi!). Il terzo, per contro, mette in primo piano il Mit Dasein, le emozioni (tra cui beninteso la sofferenza) e le dinamiche che da queste si generano nel campo sia duale della

psicoterapia che gruppale e istituzionale. Insomma i paradigmi antropologico, psicopatologico e filosofico debbono per così dire piegarsi e iscriversi all'interno della dimensione dell'incontro.

Verrebbe così da concludere proponendo una lievissima modifica del titolo della tavola rotonda: "Una teoria condivisibile della psicosi in funzione del prendersi cura".

Abbiamo fatto un piccolo passo avanti? Non ne ho la certezza, ma mi sentirei fiducioso...

Bibliografia:

Baranger W. e M. (2011), *La situazione psicoanalitica come campo bipersonale*, Raffaello Cortina editore, Milano

Benedetti G. (1980), *Alienazione e personazione nella psicoterapia della malattia mentale*, Einaudi, Torino

Bion W.R. (1963), *Gli elementi della psicoanalisi*, Armando, Roma, 1973

Blankenburg W. (1971), *La perdita dell'evidenza naturale*, Cortina, Milano, 1998.

Busacchi V., Martini G. (a cura di) (2015), *Tra immagine e parola. Passaggi e paesaggi*, Fattore Umano Edizioni, Roma

Ellenberger H.F. (1976), *La scoperta dell'inconscio*, Bollati Boringhieri, Torino

Freud S. (1932), *Introduzione alla psicoanalisi* (nuova serie di lezioni), OSF, Boringhieri, Torino, 1979

Gadamer H.G. (1972), *Verità e metodo*, Bompiani, Milano 1983

Gadamer H.G. (1989), *Ermeneutica e psichiatria*, in Gadamer H.G.(1993),

- *Dove si nasconde la salute*, Cortina, Milano, 1994

Jaspers K. (1913-1959), *Psicopatologia generale*, il Pensiero Scientifico, Roma, 1964

Jodorowsky Alejandro (2004), *Psicomagia*, Feltrinelli, Milano, 2009

Martini G. (2016), "Psicoanalisi e psicofarmaci nel trattamento dei disturbi psicotici", in Lombardi R., Rinaldi L., Thanopoulos S. (a cura di), *Psicoanalisi delle psicosi. Prospettive attuali*, Edizioni Libreria Cortina, Milano

Resnik S. (2007), *Il teatro del sogno*, Bollati Boringhieri

Ricoeur P. (1978), Immagine e linguaggio in psicoanalisi, in Jervolino D., Martini G. (a cura di), *Paul Ricoeur e la psicoanalisi*, Angeli, Milano, 2007

Ricoeur P. (2007), Conversazione sulla psicoanalisi. Intervista a Paul Ricoeur, in Jervolino D., Martini G. (a cura di), *Paul Ricoeur e la psicoanalisi*, Angeli, Milano, 2007

Winnicott D. (1958), *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli, Firenze, 1975