

## La psicoanalisi e la psichiatria

*Andrea Narracci*

### **Abstract**

Per curare la psicosi occorre costruire un contesto in cui sia possibile osservare e disinnescare la psicosi, un contesto in cui sia possibile fare i conti e fronteggiare la tendenza al restringimento della capacità di utilizzare tutti i Sé di cui ognuno dispone, genitori, figli e operatori coinvolti nelle interdipendenze patologiche e patogene.

**Parole chiave:** mancato sviluppo del Sé, rottura delle interdipendenze patologiche e patogene, sviluppo della virtualità sana (degli stati multipli del Sé), dissociazione versus rimozione, realtà versus fantasia

Le opere e, soprattutto, il pensiero di JGB impongono una revisione delle linee fondamentali di riferimento sia in psichiatria che in psicoanalisi.

La proposta di JGB, sostanzialmente, è quella di assumere un metodo di osservazione dei fenomeni psichici, in generale e di quelli patologici, in particolare, attraverso l'uso di un contesto gruppale nel quale siano presenti parecchi nuclei familiari, con la presenza di almeno due generazioni, figli e genitori, oltre agli operatori.

Oggetto della osservazione e dell'intervento, che vanno di pari passo e che possono essere soltanto parzialmente scindibili, sono gli scambi comunicativi e le emozioni suscitate dagli scambi e viceversa, nel senso che anche le emozioni vissute influenzano gli scambi, ovviamente.

L'osservazione-intervento che un operatore può fare in quel contesto, può permettergli di osservare-interagire con le persone presenti, potendole prendere in considerazione a tutto-tondo, come se disponesse di un programma autocad, tridimensionale.

Fatto molto più difficile da ottenere in una situazione terapeutica individuale, di un singolo nucleo familiare o in un gruppo di pazienti omogenei scelti preventivamente, in cui, difficilmente si riesce a passare da una situazione bidimensionale ad una tridimensionale, soprattutto nelle situazioni difficili.

Questo significa che si può "tornare" a parlare delle storie dello sviluppo delle singole famiglie e dei loro singoli componenti e inquadrare tutto quello che accade, nelle loro vite, nei termini di "difficoltà che si possono verificare sia nello sviluppo dei singoli componenti, sia nei rapporti tra i componenti di ogni singola famiglia".

Ma parlare delle difficoltà di una persona, inquadrare fino a quel momento come espressioni di una patologia psichiatrica individuale, nei termini di un problema o,

come avviene più spesso, di una serie di problemi e incomprensioni, che hanno riguardato lo sviluppo individuale di quella persona e il suo, generalmente mancato, o, comunque, insufficiente riconoscimento di lui stesso in quanto persona, che si è verificato almeno da parte di un'altra persona in particolare, un genitore e, spesso, ma non sempre, anche da parte di altre persone della stessa famiglia, all'interno di un gruppo in cui sono presenti anche gli altri membri di quella stessa famiglia e altre famiglie, portatrici di difficoltà caratterizzate da elementi almeno in parte sovrapponibili, viene a costituire un contesto nel quale le difficoltà non sono più soltanto individuali ma, contemporaneamente sono condivisibili e ripartibili tra i rappresentanti di tutte le famiglie presenti, compresi gli operatori e le loro famiglie, anche se, ma non è sempre detto, queste ultime non sono presenti.

Orbene, che cosa significa che le difficoltà non sono più inquadrabili esclusivamente nei termini di espressioni di patologia individuale, ma sono pensate ed elaborate da tutti i presenti come qualcosa che, viceversa, "intercorre" tra le persone di quella famiglia ed ha molti elementi in comune, i più significativi in genere, con quello che si verifica nelle altre famiglie?

Una prima ricaduta, legata al tipo di situazione a cui abbiamo dato luogo per parlare e per pensare, è costituita dalla riformulazione implicita e pragmatica del modo in cui viene ridistribuito il concetto di competenza o, meglio, il criterio di attribuzione della competenza a pensare e ad intervenire.

Da un lato, salta il divario tra attore patologico e attore sano della stessa situazione patologica: se il processo non riguarda più una persona ma il processo di sviluppo delle rispettive competenze, filiali come genitoriali e se questo è un problema che viene percepito come comune da tutti i presenti, allora ognuno "diviene", automaticamente, altrettanto attendibile che l'altro, indipendentemente dal ruolo interpretato fino a quel momento.

Dall'altro, l'operatore deve essere in grado di accettare di avere le stesse capacità di cogliere a livello emotivo-affettivo quello che "intercorre" nel gruppo, riservandosi la responsabilità di accettare una maggiore capacità di governare l'intero processo, in relazione al suo minore carico di coinvolgimento e alle capacità tecniche acquisite attraverso la propria formazione personale, teorica e sul campo.

Ma se tutti siamo ugualmente competenti ad intervenire e a pensare, allora l'unica regola da tenere presente è che, quando uno parla, tutti gli altri lo devono stare a sentire e devono prendere in considerazione quello che dice, anche se differente da quello che pensa l'altro, perché nessuno può, a priori, pretendere di avere ragione.

Conseguenza di ciò è che i conduttori dovranno preoccuparsi di far rispettare questa regola e che, se per caso si instaurano dei dialoghi serrati tra due persone, in cui ognuno

cerca di imporre il proprio parere su quello dell'altro, essi vanno contrastati attribuendo ad altri la possibilità di intervenire.

Anche perché, generalmente, così facendo, potrà essere proprio il contributo di qualcuno o più di uno dei componenti del gruppo a dirimere la “querelle” che si era instaurata in precedenza tra quelle due persone e a far riprendere al gruppo il suo tragitto ondeggiante e irregolare, un po' avanti, un po' indietro....

Ora, tutto questo significa che stiamo attribuendo un valore straordinario a quello che sta accadendo lì in quel momento, che è il contrario di quello che si pensa abitualmente nel trattamento delle situazioni psicotiche.

La maggior parte delle volte si considera questa patologia immodificabile e si pensa che un operatore, al massimo, può riuscire a contenere i sintomi del paziente e aiutare i familiari a tollerare le sue “stranezze” o, se proprio è avanzato, immaginare che possa andare a vivere per proprio conto, tutta la vita con gli psicofarmaci e tutta la vita senza una qualche ipotesi esplicita a proposito di quello che ha determinato la “sua malattia”, a parte la carenza o l'eccesso di una sostanza chimica, che, però, nessuno si è dato la pena di verificare se è una causa o un effetto della situazione in cui trova.

Viceversa, perché un operatore può pensare che quello che sta accadendo in quel momento tra quelle venti, trenta o quaranta persone o più, può influire sull'evoluzione di quel disturbo e sulla sofferenza dei familiari di quel paziente?

A mio parere, quattro sono gli elementi della teoria di JGB che contano più degli altri rispetto a ciò:

1) l'inquadramento della osservazione delle vicende di una famiglia, che ha al suo interno un membro psicotico, dal punto di vista psicoanalitico; il che presuppone che i problemi di separazione-individuazione tra due membri di quella ipotetica famiglia, generalmente un figlio e un genitore, siano iniziati molto presto, anzi che molte volte quella “disgiunzione” tra un genitore e un figlio non si sia mai verificata, tanto da dare luogo, nel tempo, al fatto che prima uno abbia iniziato a vivere nell'altro e che, successivamente, anche l'altro abbia imparato a farlo, tanto che tra di loro si sono costituite le “interdipendenze patologiche e patogene”;

2) l'introduzione del concetto di “Oggetto Interno che fa impazzire”, cioè l'idea che quello che accade nel mondo esterno corrisponde a quello che accade nel mondo interno e viceversa, cioè che c'è una particolare risonanza nella mente delle persone che appartengono ad una famiglia in cui è presente un paziente psicotico e, quindi, a transazione psicotica, per cui non è più, o non è mai stata, presente, nella mente di queste persone, una forma di separazione, un filtro, una distanza tra il mondo esterno, che tutti condividiamo e quello interno, delle rappresentazioni, che ciascuno di noi, nevrotici, “coltiva”, al contrario, come un “proprio orto”, collocato in un luogo separato, inaccessibile agli altri;

3) nel gruppo risulta meno difficile che in altri contesti riuscire a far riemergere elementi così dolorosi della storia di quel paziente e dei suoi familiari che entrambi avevano dovuto ricorrere alla dissociazione, cioè a rendere non vissuti e, quindi, non ricordabili quegli avvenimenti; la particolare atmosfera che si instaura nel gruppo consente di ritrovare o di trovare per la prima volta la forza di far riemergere quello che Christhofer Bollas definisce il “conosciuto non pensato”, cioè quegli elementi della storia delle relazioni di quella famiglia che erano stati resi irraggiungibili; la possibilità di sentire di poterli raggiungere di nuovo o per la prima volta è legata alle sensazioni di sicurezza che promanano dal gruppo e che sono meno facilmente ottenibili in altri contesti;

4) la presa in esame, da questa prospettiva, della malattia psicotica assume connotati molto differenti: le persone stanno male quando stanno apparentemente bene, cioè per molti anni, da pochi mesi dopo la nascita fino all’insorgere della prima crisi, mentre la crisi, da questo punto di vista, diverrebbe un tentativo disperato di sperimentare qualcosa di sé al di fuori di quella relazione fusionale o simbiotica nella quale ci si è trascinati fino a quel momento, non avendo potuto vivere nulla al di fuori di essa.

Ora, vorrei fare un ragionamento con voi, proponendo delle riflessioni, più o meno condivisibili, con l’idea di proporre elementi sui quali discutere.

Il modello di osservazione e trattamento della psicosi di JGB si inserisce in un contesto scientifico complessivo, di osservazione e del trattamento del problema della psicosi che ha conosciuto grandi aperture e grandi limitazioni.

Mi riferirò sostanzialmente a due contesti: quello psicoanalitico e quello psichiatrico che, secondo me, si sono influenzati reciprocamente, in forma riduttiva, per quanto riguarda l’elaborazione delle ipotesi di fondo che li sottendono e al fatto che le idee e l’operatività di JGB permettono una sostanziale riformulazione delle idee e una riorganizzazione delle operatività nei confronti del problema della psicosi.

La psicoanalisi nasce con Freud, ma ha una nascita abbastanza complicata, nel senso che nasce dall’idea che le pazienti isteriche avessero subito, nella realtà, un’aggressione di natura sessuale e che, quindi, da ciò ne fosse scaturito un trauma. In seguito, sempre nella formulazione originale, esse avrebbero dissociato dai loro ricordi e, quindi, dalla loro mente sia l’aggressione che il trauma.

Successivamente, intorno al 1895, Freud abbandona questa ipotesi e inizia a sostenere che tutto era avvenuto nella fantasia, che l’aggressione non si era verificata nella realtà, che, quindi, non si era verificato nessun trauma reale e che, più in generale, il teatro nel quale si erano verificati tutti gli avvenimenti fosse quello inconscio, la realtà personale nascosta di ognuno di noi, di cui, in seguito, possiamo riuscire a farci un’idea, nella

realtà condivisa con gli altri, acquisendo la capacità di leggere quello che avviene nell'inconscio, con la psicoanalisi.

Scompare, anche se non per sempre, perché la prima linea di pensiero sopravviverà sempre in Freud, fino alla fine dei suoi giorni, come meccanismo fondamentale di protezione della sopravvivenza del funzionamento della mente, la dissociazione e gli subentra la rimozione.

Far riferimento a questi due diversi meccanismi ha delle ripercussioni enormi, perché la prevalenza della utilizzazione dell'uno o dell'altro implica la costruzione o il riconoscimento della esistenza di due modelli di funzionamento della mente.

Freud, infatti, ci dice che si è reso conto che le cose stavano come esplicitato nella seconda formulazione, che tutto accade nella fantasia e che, quindi, si tratta di rendere conscio l'inconscio per risolvere i problemi in relazione al fatto di essersi sottoposto ad "autoanalisi".

Ora, il problema non considerato da Freud è che la mente che lui ha sottoposto ad analisi fosse una mente nevrotica, la sua, in cui c'è una netta distinzione tra reale e rappresentato e, conseguentemente, tra conscio e inconscio.

In cui il meccanismo fondamentale di difesa è costituito dalla rimozione, il che significa che la mente ha costituito una sua struttura di funzionamento

A cui è riuscita a rimanere fedele, ancorata perché non è stata sottoposta a traumi che ne hanno minato il funzionamento fisiologico corrispondente sostanzialmente, all'acquisizione e al mantenimento di un mondo della realtà separato da un mondo delle idee. Separato da una barriera percorribile osmoticamente, ma stabile, che non fa mischiare il proprio mondo interno con il mondo esterno, proprio e degli altri.

Freud ha compiuto un'operazione straordinaria con l'interpretazione dei sogni perché ci ha permesso di renderci conto di come funziona una mente nevrotica e, conseguentemente, ha costruito una psicoanalisi per una mente nevrotica, prendendo come punto di riferimento il funzionamento di una mente nevrotica.

Quello che voglio dire è che ci sono stati tutta una serie di tentativi di usare quel patrimonio di idee psicoanalitiche, nate però con le caratteristiche suaccennate, per il trattamento del funzionamento di una mente, quella psicotica, che, viceversa, si basa sulla formulazione di un'organizzazione completamente differente;

essa si basa, infatti, sul riconoscimento dell'importanza del trauma o, meglio, dei traumi ripetuti avvenuti nella realtà, dell'utilizzazione sistematica della dissociazione fino a provocare una destrutturazione del funzionamento nevrotico della mente e, conseguentemente, fino a dare luogo ad una organizzazione della mente in cui non c'è una chiara differenziazione tra mondo interno e mondo esterno e in cui, però,

sopravvivono potenzialità di funzionamento alternative della mente, la “virtualità sana” di JGB o la teoria dei Sé multipli, a cui fa riferimento Philip Bromberg.

Il che, addirittura, presuppone un’idea del funzionamento della mente e, quindi, dell’interazione analizzando-analista completamente differente da quella basata sulla formulazione tradizionale psicoanalitica, prima freudiana e, successivamente, kleiniana (vedi Bromberg:”Standing in the spaces”).

Non si tratta, però, nelle situazioni psicotiche, di permettere di riuscire a rendere nuovamente fruibile una rappresentazione che era stata rimossa in una mente che, a parte quella rappresentazione, aveva seguito a rappresentare, si tratta di reintrodurre, nella mente di tutti i presenti in un GPMF, la capacità di rappresentare che, in seguito al sopravvenire o al venirsi a determinare della situazione psicotica, avevano, apparentemente, perduto: vedere quello che accade a casa degli altri, significa vedere quello che accade a casa propria; ma se uno vede di nuovo quello che accade, allora può nuovamente essere in grado di rappresentarselo, funzione che il cervello di ognuno aveva smesso di esercitare o, comunque, aveva finito per esercitare molto meno.

Il transfert si basa sulla capacità di rappresentare: non può esserci transfert se non si ha la capacità di pensare che quello che in quel momento accade tra l’analizzando e l’analista rappresenta e rievoca qualcosa che è già avvenuto tra l’analizzando e l’attore affettivamente significativo della situazione reale o immaginaria (la madre o il padre o qualcun altro) che quell’analizzando ha vissuto.

I transfert multipli sono occasioni in cui ogni attore di una situazione psicotica, figlio o genitore, possono sperimentare Sé alternativi che ognuno può scoprire di avere soltanto in quella situazione e che fino a quel momento non poteva sapere di avere: la virtualità sana di JGB.

*I transfert multipli sono transfert?*

Quando un genitore si rivolge ad un figlio di un’altra famiglia o viceversa e lo fa sperimentando un suo modo di essere (un suo Sé) che non sapeva di possedere fino a quel momento e ottiene una risposta dal suo interlocutore che ha quella stessa specifica caratteristica, è riuscito ad utilizzare un suo Sé che fino a quel momento non aveva mai utilizzato e l’altro ha fatto altrettanto.

Forse la virtualità sana è scoprire di avere dei Sé che non si conoscono e non si sapeva di possedere e poterli cominciare ad utilizzare.

Anche quello che avviene nella psichiatria, poco tempo dopo, all’inizio del secolo scorso, è molto interessante.



Anche qui alcune idee vengono formulate ma non riscuotono lo stesso successo di quelle che poi prevarranno.

Mi riferisco a Bleuler, all'importanza da lui annessa al concetto di autismo, come decisione di chiudere il rapporto con gli altri in relazione alla perdita della capacità di credere nel valore della relazione con l'altro e, conseguentemente, di tutti i sintomi cosiddetti negativi.

Prevale Krapelin, con la sua capacità di riassumere sindromi con contenuti affini sotto una stessa diagnosi, che darà luogo ad una differenziazione tra le schizofrenie e la psicosi maniaco-depressiva che ci accompagnerà fino ad oggi e, soprattutto, costruendo un muro invalicabile tra le nevrosi e le psicosi, parafrasando la psicoanalisi.

Il problema non è la psicopatologia in sé, pur tenendo conto, a mio parere, della necessità di inquadrare la psicosi e i suoi meccanismi difensivi rivalutando Bleuler e ridimensionando Kraepelin, il problema è l'oggetto della psicopatologia.

La rivoluzione di JGB è di introdurre l'utilizzazione dei concetti afferenti alla teoria psicoanalitica e, in particolare, l'idea che sotto osservazione debbano essere presi entrambi i protagonisti della relazione patologica o, per meglio dire, tutti e tre i membri, sia quelli "presenti" che quello "assente" di una situazione diadica che non è mai divenuta triadica, non rendendo possibile alle persone di raggiungere il conflitto edipico.

Ma la psicoanalisi non aveva mai potuto occuparsi su larga scala di questi fenomeni, pur avendone brillantemente teorizzato l'esistenza sia per tutta la serie di questioni di cui ho cercato di darvi cenno in precedenza, rimozione versus dissociazione, fantasia versus realtà etc. etc. sia perché non era stata in grado di formulare un metodo, come poi ha fatto JGB con il Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare, in cui fosse finalmente possibile prendere in considerazione quei fenomeni, a cui altrimenti non era possibile accedere, per arrivare ad un trattamento vero e proprio su larga scala.

Tornando alla psichiatria, ci vorrà quasi tutto il secolo scorso per mettere finalmente in primo piano il venirsi a manifestare dell'autismo e degli altri sintomi negativi e per connotare in maniera molto più pertinente la presenza di una schizofrenia.

Fino ad allora avevano contato molto di più i cosiddetti sintomi produttivi, anzi per molto tempo, soprattutto per merito di Schneider, intorno agli anni 50', ci si era industriati a riconoscere come patognomonici esclusivamente la presenza dei deliri e delle allucinazioni.

Era la loro presenza a dirci che quella persona era psicotica, dimenticando la centralità dei processi dissociativi che avevano preceduto il ricorso a meccanismi riparativi estremi, quali appunto le allucinazioni e i deliri, come ci aveva insegnato Freud.

E, soprattutto, dimenticando la storia dei fallimenti e delle frustrazioni vissute dai pazienti psicotici. Fallimenti e frustrazioni di tali entità da doverli costringere al ricorso alla scissione e alla dissociazione sistematica dei ricordi irricordabili, fino a dover fare a meno della capacità di ricordarli, cioè di arrivare a fare a meno dello “apparato per pensarli” (Bion).

Ma se, adesso, rivalutiamo in toto la dissociazione e addirittura arriviamo a ipotizzare che tutti facciamo uso di questo meccanismo e che tutti siamo costituiti da tanti Sé, di cui utilizziamo alternativamente l'uno o l'altro a seconda delle nostre esigenze e delle “pressioni” a cui siamo sottoposti, allora anche gli schizofrenici, i portatori dei disturbi dell'umore e i borderline, cioè tutti quelli che si possono “rompere e ricomporre” e che, generalmente lo fanno perdendo progressivamente la possibilità di ricorrere ad un numero ampio di Sé,

fino ad essere costretti o a costringersi ad utilizzare un solo modo di essere, malato e dipendente dalla volontà di un altro, a cui, però, non si sono mai veramente sottomessi, anche gli schizofrenici e gli altri pazienti gravi in genere hanno un “virtualità sana”, cioè seguitano ad avere a disposizione una gamma di Sé da interpretare molto più ampia di quella che ritengono di avere e che gli altri pensano di cui loro dispongano.

Lo stesso fenomeno lo possono vivere i genitori e gli altri componenti delle famiglie a transazione psicotica, caratterizzate da una progressiva ma inesorabile perdita della capacità di rappresentare e della capacità di utilizzare i tanti differenti Sé di cui è composta la loro personalità, che risulterebbe, così, molto più complessa di quello che si è sempre creduto e che si seguita, generalmente, a pensare.

Il trauma o il trauma cumulativo, per dirla con Masud Khan, avvenuto nella realtà, a cui il bambino è stato esposto ininterrottamente, come, per esempio, il fatto che la madre o il padre, non essendo mai stati capaci di separarsi da lui, lo abbiano seguito a prendere in considerazione come una parte di sé, non permettendo al figlio di sperimentare la separazione e di sentirsi veramente una persona a sé stante e la dissociazione, come una sorta di meccanismo difensivo di base, tramite il quale il bambino si è privato di parti sempre più rappresentative della propria personalità,

rendono sempre più difficile all'Io di rendersi conto di essere costituito da una serie di Sé, ognuno differente e ognuno rappresentativo di un modo di essere significativo e parimenti importante per la persona che li contiene al suo interno.

Possiamo ipotizzare che ci troviamo di fronte ad un universo di riferimento in cui confluiscono elementi costitutivi vecchi ma tralasciati e in cui, contestualmente, è possibile darsi una spiegazione e, automaticamente, attribuire diritto di cittadinanza a pieno titolo, a tutte quelle osservazioni fatte sul funzionamento della mente psicotica, alternative a quella vigente e che, seppure in forma, inevitabilmente non del tutto conseguente, esprimevano punti di vista assolutamente fondamentali (vedi contributi



di tanti autori, primi fra tutti Ferenczi, Balint, Winnicott, Klein, Bion, Fairbairn e Searles).

### **Clinica: gruppo di psicoanalisi multifamiliare del 12 ottobre 2011**

Un padre dice che non si sente preso in considerazione in maniera adeguata dalla figlia Giulia.

Giulia risponde che questo non avviene sempre e che lei sbuffa e finisce per non fare come il padre le dice di fare proprio quando glielo “ingiunge”: in quel caso non si sente rispettata e si rifiuta di aderire agli inviti del padre.

Interviene la madre di Francesco e racconta che il figlio, che oggi non c'è, le ha detto che si sente “spiato” da lei e che lei ha capito che è un po' vero.

Racconta di avere messo in primo piano, nella sua vita, il figlio e che questo atteggiamento lo ha preso, forse, per fare il contrario di quello che lei aveva dovuto subire dai suoi genitori: lei aveva sentito che se lei c'era o che se lei non ci fosse stata più, per loro, sarebbe stato uguale, cioè lei ha sentito che a loro non gliene era mai importato nulla di lei. Quindi a lei è venuto di occuparsi di lui in una forma quasi asfissiante, tanto da provocare la sua sensazione d essere spiato.

Interviene un'altra madre che racconta di avere perduto la madre quando aveva dieci anni e che lei, forse, si era comportata con la figlia, Lucia, nello stesso modo. Le aveva “proposto” troppo presto di fare a meno di lei, l'aveva “lanciata” troppo presto e lei aveva finito per tornare a colpirla in testa come un boomerang. D'altronde lei aveva pensato che la cosa migliore, per Lucia, sarebbe stata di imparare a fare presto da sola, come era capitato a lei che, prima per via di una malattia fisica della madre e poi a causa della sua morte, aveva dovuto imparare a sbrigarsela da sola e c'era riuscita molto bene.

Interviene Giuseppe che si chiede se queste due persone non abbiano finito per vivere la vita di un altro o di un'altra piuttosto che la propria.

Credo che il punto sia proprio questo: il lavoro del gruppo può permettere ai suoi componenti, genitori e figli, di arrivare a chiedersi se la vita che stanno vivendo appartiene a loro stessi oppure se stanno vivendo la vita di un altro o di un'altra al posto della propria. Perché, forse, un genitore inizia a vivere la vita del figlio, ma poi anche il figlio inizia a vivere la vita del genitore, da cui non riesce più a staccarsi.

Una dottoressa, rivolgendosi alla prima madre, fa l'ipotesi che donando a Francesco quello che lei non aveva avuto, forse aveva avuto modo di riprendersi, attraverso l'esperienza di donarlo al proprio figlio, quell'affetto che lei stessa non aveva ricevuto.

La madre di Francesco conferma che, probabilmente, era andata proprio così.

Credo che il punto sia: è possibile, in questo caso per un genitore, con l'aiuto e all'interno del gruppo, arrivare farsi le domande più difficili, tollerando gli inevitabili sensi di colpa proprio perché consapevole di avere agito in perfetta buona fede, con l'idea esclusiva di promuovere il benessere del figlio, magari un po' troppo "proprio"?

### **Bibliografia**

Badaracco, J.G.(2000).*Psicoanalisi Multifamiliare, gli altri dentro di noi e la scoperta di noi stessi*. Torino: Bollati Boringhieri , 2004.

Bromberg, P. (2007). *Clinica del trauma e della dissociazione*. Milano: Raffaello Cortina.

Bleuler, E. (1967). *Trattato di Psichiatria*, Milano: Giangiacomo Feltrinelli.

Freud, S. (1894). *Le neuropsicosi da difesa*, 1° volume delle *Opere*, Torino: Boringhieri, 1967.

Freud, S. (1894). *Nuove osservazioni sulle neuropsicosi da difesa*, 1° volume delle *Opere*, Torino: Boringhieri, 1967.

Freud, S. (1899). *L'interpretazione dei sogni*, 1° volume delle *Opere*, Torino: Boringhieri, 1966.

Janet, P. (1889). *L'automatismo psicologico*, Milano: Raffaello Cortina, 2013.

Searles, H. (1974). *Scritti sulla schizofrenia*, Torino: Boringhieri, 1971.

**Andrea Narracci**: Medico, psichiatra, membro ordinario della SPI, già' didatta del Centro Studi di Terapia Familiare, socio fondatore del Lipsim, dir. UOC 3 Distretto, dir. DSM ASL ex A, ora Roma 1. Coautore di due libri: "La Psicoanalisi Multifamiliare in Italia"; " Psicoanalisi Multifamiliare come esperanto", il primo scritto in collaborazione con Jorge Garcia Badaracco, il secondo con Federico Russo, Alessandro Antonucci e Antonio Maone.

Email: [andrea\\_narracci@hotmail.com](mailto:andrea_narracci@hotmail.com)