

# Dalla diagnosi psichiatrica al percorso diagnostico in psicoanalisi.

## Alcune note sulla diagnosi di attacco di panico

COSIMO SCHINAIA

«Una malattia molto diffusa è la diagnosi».

KARL KRAUS, *Pro domo et mundo*, 1912.

«Stat rosa pristina nomine, nomina nuda tenemus»

(La rosa primigenia esiste solo nel nome, possediamo soltanto nudi nomi)

UMBERTO ECO, *Il nome della rosa*, 1980.

**N**el racconto «Una bella mattina» (1981) di Marguerite Yourcenar, il protagonista è un bambino che vive e lavora in un albergo-bordello. Innamorato del teatro, spia dal buco della serratura le prove di un vecchio attore che da anni vive in una stanza dell'albergo. Così il bambino descrive le prove dell'anziano attore: «La voce del vecchio signore cambiava di continuo: ora era la bella voce di un uomo che si sarebbe immaginato molto giovane, una di quelle voci che fanno pensare a labbra piene e denti perfetti. Ora era una voce di fanciulla, molto dolce, che rideva e ciangottava come una fonte. [...] Ma la cosa più bella era quando parlava con voce maestosa e così lenta che era di certo la voce di un vescovo o di un re» (178-179).

Nel racconto «Il treno ha fischiato» (1914) di Pirandello, un impiegato da sempre diligente e sottomesso, nonché vessato e preso in giro dal suo capufficio, dopo una vita di soprusi si ribella. Per un giorno intero se ne sta con le mani in mano e,

quando il capufficio si arrabbia e gli chiede conto del suo comportamento, risponde ridendo: «Il treno ha fischiato... l'ho sentito fischiare... e se sapesse dove sono arrivato! In Siberia... oppure... nelle foreste del Congo» (664).

Frenesia, era stata la diagnosi medica che aveva accompagnato il ricovero del malcapitato in manicomio. Commenta Pirandello (*ibid.*, 662): «E a nessuno passava per il capo che, date le condizioni in cui quell'infelice viveva da tant'anni, il suo caso poteva essere naturalissimo; e che tutto ciò che [...] diceva e che pareva a tutti un delirio, sintomo della frenesia, poteva anche essere la spiegazione più semplice di quel naturalissimo caso».

Pirandello fa vedere come la diagnosi psichiatrica possa misconoscere quella pluralità di voci, quella molteplicità di sonorità e significati che tanto aveva affascinato il bambino del racconto della Yourcenar e, attraverso la *reductio ad unum*, porti ad una omologazione di senso tanto insulsa, quanto perversa.

Più o meno negli stessi termini si esprime Jung, quando descrive la sua esperienza al Burghölzli di Zurigo:

«Gli insegnanti di psichiatria si interessavano non di quel che il paziente potesse avere da dire, ma piuttosto della diagnosi, dell'analisi dei sintomi, di statistiche. Dal punto di vista clinico [...] la personalità umana del paziente, la sua individualità, non aveva alcuna importanza. [...] Il paziente era catalogato, bollato con una diagnosi [...]. La psicologia del malato mentale non aveva nessuna parte da adempiere» (1961, 152).

È evidente la marca antipositivistica presente tanto nel racconto di Pirandello, quanto nelle memorie di Jung, con conseguente svalutazione dell'osservazione psichiatrica, che invece viene, almeno per alcuni aspetti, valorizzata da Freud.

Freud nei confronti della diagnosi psichiatrica ha tenuto un atteggiamento meno distruttivo. Ricordando l'abilità diagnostica di Charcot, descrive, tra critica e idealizzazione, il Maestro come una specie di entità denominante che in un grande giardino zoologico o in un grande orto botanico dava il nome alle varie specie di animali e di piante, e gli «faceva pensare all'Adamo del mito, cioè colui che più di ogni altro, quando Dio gli affidò l'incarico di distinguere e dare un nome a ogni essere vivente nell'Eden, poté provare quel piacere intellettuale tanto esaltato da Charcot» (1893, 107).

Il fascino delle lezioni, in gran parte improvvisate, di Charcot – ricorda Freud (1892) – consisteva nel fatto che egli facesse seguire alle formulazioni della diagnosi del caso clinico il prendersi *la libertà* di ricollegare a quanto si era visto osservazioni su casi simili e di ricondurre al già detto ulteriori sue osservazioni.

È l'apoteosi del *visuel*, di un conoscere visivo che non condiziona, non limita in alcun modo la volontà di arrivare a una conclusione, ma permette di farlo con creatività e libertà. Freud sottolinea come il medico oltre a *toccare* deve guardare e osservare, ossia *leggere* dietro il reticolato i sintomi che il suo occhio riconosce e decifra, ordinandoli e riconducendoli a un sapere organizzato, la verità nascosta e invisibile della patologia (Trincia, 2000).

Nella lettera a Fliess del 6 agosto 1899, mentre rivede le prime bozze dell'*Interpretazione dei sogni*, Freud scrive:

«Tutto è congegnato sul modello di una strada immaginaria. Dapprima viene il bosco buio degli autori (che non vedono gli alberi), foresta senza prospettive nella quale è facile perdersi. Vi è uno stretto passaggio nascosto attraverso il quale conduco il lettore – ossia i miei esempi di sogni con le loro caratteristiche, i loro dettagli, le loro indiscrezioni e i loro cattivi scherzi – e poi, ad un tratto, il punto più elevato ove si spazia e la domanda: “Ora ditemi, se non vi dispiace, dove volete arrivare?”»

«Ditemi, se non vi dispiace, ora dove volete arrivare?» è la stessa questione che si pone all'inizio di un'analisi, durante il colloquio preliminare. La formulazione della domanda di avviare l'esperienza analitica è l'enunciazione del modo con cui è intravista, immaginata e pensata l'analisi (Ricci, 1995). Sarà l'analista che, insieme al paziente, verificherà il senso di che cosa si è chiesto all'analisi, facendo tesoro della sua competenza e delle sue fantasie, del racconto della storia e dei sintomi del paziente, per formulare una diagnosi e in tal modo mettere in moto un processo trasformativo. Sarà questa la prima diagnosi che, pur partendo dai sintomi, sarà rispettosa delle esigenze del paziente, anche quelle non dichiarate, accolte all'inizio dell'analisi e successivamente messe in questione. Tra il «che cosa chiedo adesso all'analisi» e il «che cosa chiedevo inizialmente all'analisi» sta tutta l'elasticità, la transitorietà, l'aleatorietà, ma anche la necessaria sistematicità di una diagnosi iniziale che si accompagni alla richiesta iniziale e che via via, però, possa modificarsi, in relazione alle trasformazioni prodotte dal e nel lavoro analitico.

Freud in *Introduzione alla psicoanalisi* (1915-17) riprende in modo più netto l'argomento diagnosi, specificando ulteriormente il ruolo della psicoanalisi:

«La psichiatria si occupa [...] di descrivere disturbi psichici osservabili e di raggrupparli in determinati quadri [...], ma nei loro momenti di sincerità gli stessi psichiatri dubitano che le loro esposizioni puramente descrittive meritino il nome di scienza. I sintomi che compongono questi quadri morbosi sono sconosciuti per quanto riguarda la loro origine, il loro meccanismo e i loro reciproci legami. Ad

essi non corrisponde alcuna dimostrabile alterazione dell'organo anatomico della psiche, oppure corrispondono alterazioni dalle quali non si può trarre alcun chiarimento [...]. Ecco la lacuna che la psicoanalisi si sforza di colmare. Essa vuole dare alla psichiatria il fondamento psicologico che manca; spera di scoprire il terreno comune sulla cui base diventa comprensibile la convergenza del disturbo psichico con quello fisico» (204).

Il raggiungimento di quest'obiettivo, cioè il rendere visibile, manifesto e significativo ciò che altrimenti rischierebbe di restare invisibile, latente o almeno insignificante è reso possibile dal concorso di intuito, esperienza pregressa e categorizzazione teorica (De Renzis, 2015).

### **CONFIGURAZIONI PSICODINAMICHE ED ETIOLOGIA**

Bisogna difendere con decisione il ruolo centrale della psicoanalisi nella comprensione delle strutture e delle organizzazioni psicopatologiche e personologiche, e del valore che il sintomo può assumere al loro interno. Lo sguardo psicoanalitico permette di giungere a una modalità di approccio, a un metodo di ricerca clinica certamente più ricca dei semplici livelli di gravità che, nel suo a-teoreticismo arrogante e illusorio, sempre a rischio di dogmatismo e reificazione del paziente, propone il DSM nelle diverse e via via più sofisticate formulazioni.

Freud (1892-1895), fin dagli esordi ha provato di mettere insieme aspetti etologici e aspetti terapeutici nelle nevrosi d'angoscia e isterie d'angoscia, oggi sostanzialmente definibili come attacchi di panico. Se per la maggioranza delle discipline mediche e psicologiche il sintomo si costituisce come il fenomeno rivelatore di una malattia, per la psicoanalisi è:

- il risultato di un'elaborazione psichica inerente al ritorno del rimosso;
- una sostituzione simbolica della rappresentazione rimossa;
- un modo di soddisfacimento sessuale;
- un modo di evitare la sofferenza psichica.

Wolf Fédida (2015) definisce la psicoanalisi il primo modello che declina la classificazione della malattia in rapporto a una teoria del sintomo, alla sua eziologia, al suo manifestarsi, alla sua cura.

Contemporaneamente però bisogna affermare che se la psicopatologia viene arricchita dallo sguardo psicomodinamico, la psicoanalisi ha bisogno della psicopatologia e anche delle conoscenze che provengono dalla moderna neurobiologia, proprio come Freud sembra più volte suggerire.

Resta necessario che il rapporto tra storia del soggetto, storia delle esperienze traumatiche e storia delle esperienze psicopatologiche venga posto come un campo che entra in tensione, ma entro il quale nessun termine semplicemente «spiega» o riduce a se stesso gli altri. In passato, soprattutto nei paesi anglosassoni, abbiamo avuto una psichiatria psicoanalitica, spesso ingenuamente psicogenetista, causalistica. Un conto, però, sono le configurazioni psicodinamiche, un conto sono le etiologie; un conto è il senso di un comportamento, di un atteggiamento, di un sintomo, un conto sono le cause; un conto è l'origine delle esperienze psicopatologiche, un conto sono i livelli psicodinamici primitivi che possono intrecciarsi, ma non sovrapporsi. Un conto è l'osservazione psicodinamica delle vicissitudini di alcuni snodi fondamentali dell'umano, sostanzialmente aspecifiche, presenti nella psicopatologia come in condizioni anche non psicopatologicamente rilevanti; un conto è supporre, pensare, delineare percorsi dinamici specifici per le singole patologie, o addirittura per i singoli sintomi. Abbiamo il dovere di chiederci perché da determinate situazioni esistenziali, da determinate condizioni familiari non specifiche si siano sviluppate proprio quelle storie che i pazienti ci stanno raccontando, che noi stiamo ricostruendo, perché si sono avute proprio quelle evoluzioni e non le tante altre possibili. Per esempio, lacune per via di una rêverie inadeguata nella trasformazione del flusso degli elementi beta in alfa, oppure secondo altri vertici teorici la fragilità o la mancanza di coesione del Sé o processi di identificazione narcisistica non hanno alcun legame specifico con la schizofrenia. Si ritrovano, parimenti, nella storia e nel funzionamento mentale di tantissime altre patologie e di tantissime altre normalità (Barale, 2019).

Una rigorosa rivisitazione critica delle pretese etiologiche e autosufficienti di un discorso psicoanalitico autarchico favorirebbe il rafforzamento della percezione del valore del lavoro della costruzione-trasformazione all'interno della relazione analitica, sgombrando il campo da molti equivoci.

La psicoanalisi ha rilevato gran parte della nosografia della tradizione medico-psichiatrica e del suo linguaggio, ma ha avviato forme di esplorazione inedita rispetto alle quali la malattia e i suoi sintomi sono solo un punto di partenza (Petrella, 2015). In più, spesso la terminologia psichiatrica è stata utilizzata soltanto in funzione della maggiore riconoscibilità di termini già largamente noti che, però, sono stati trasformati nel loro senso, se non stravolti (vedi per esempio l'uso dei termini *depressione* e *schizoparanoide* della teoresi kleiniana).

Scrive Freud in *Introduzione alla psicoanalisi* (1915-17, 418):

«La psicoanalisi sta alla psichiatria all'incirca come l'istologia all'anatomia: quest'ultima studia le forme esterne degli organi, l'altra le loro configurazioni a partire dai tessuti e dalle particelle elementari. Una contraddizione tra queste due specie di indagine, di cui una è la prosecuzione dell'altra, è difficile da concepire».

L'osservazione psicoanalitica «prolunga» l'osservazione psichiatrica ma al tempo stesso se ne allontana, dirigendosi verso una valutazione che trova all'interno della sua teoria e nella clinica i propri riferimenti e le proprie validazioni. In psicoanalisi la formulazione della diagnosi necessita di un tempo adeguato, ma in ogni caso non può essere elusa la responsabilità della violenza insita nell'operazione di configurare, separare, distinguere, quella violenza che in relazione alla nomina dei nuovi nati Piera Aulagner (1975) definisce necessaria.

Scrive ancora Freud nella «Lezione 34»:

«Le nostre diagnosi hanno luogo assai spesso solo posticipatamente, sono simili alla 'prova della strega' del re scozzese, di cui ho letto in Victor Hugo. Questo re asseriva di essere in possesso di un metodo infallibile per riconoscere una strega. La faceva immergere in un calderone d'acqua bollente e quindi assaggiava il brodo. Dopodiché era in grado di dire: "Era una strega", oppure: "No, non lo era". Il nostro caso è analogo [...]. Non possiamo giudicare il paziente che viene a farsi curare [...] prima di averlo studiato analiticamente per settimane o mesi. Noi comperiamo effettivamente la gatta nel sacco» (1932, 259-260).

Gli stessi concetti vengono ripresi da Winnicott:

«Diventa evidente per l'analista, nel corso del suo lavoro analitico, che la psichiatria, nella misura in cui si occupa della diagnosi, compie uno sforzo enorme per ottenere l'impossibile, giacché la diagnosi di un paziente non solo diventa più chiara col procedere dell'analisi, ma anche si modifica. Un isterico può rivelare una schizofrenia sottostante, una personalità schizoide può rivelarsi il membro sano di un gruppo familiare malato, un ossessivo può rivelarsi un depresso» (1965, 167).

Per Aulagner: «Più un discorso si crede senza faglie, senza ambiguità e senza interrogativi, e tenta di presentarsi come costruzione compiuta, più appare in azione quella che chiameremo l'autonomia della logica propria del sistema linguistico. La significazione, in questo caso, non può valersi della ricchezza metaforica, giocare sul non-senso, l'humour – ossia quell'insieme di procedimenti che fanno della comunicazione il luogo in cui l'interpretazione e l'interrogazione restano possibili» (1975, 189).

Non si può isolare la diagnosi dall'insieme del processo analitico, perché se il suo merito principale è di aiutare il clinico a orientarsi e a fissare le idee, il suo prin-

cipale difetto è esattamente lo stesso: fissare le idee e magari inchiodare una persona alla sua diagnosi una volta per tutte (Racamier, 1992).

Per Petrella, il prolungamento freudiano allontana nuovamente dalla diagnosi e espande il suo nome lungo sentieri che vanno esplorati con il paziente:

«Occorre ascoltare, correlare, consentire la trasversalità dell'osservazione e quella trasformazione che va oltre l'idea di malattia che si ha, e aldilà del malato che si è, verso un orizzonte di elaborazione, comprensione e appropriazione personale» (2015, 21).

Il PDM (*Psychodynamic Diagnostic Manual*), la cui seconda edizione è curata da Lingiardi e McWilliams (2017), ha tentato di ovviare alle rigidità insite nelle griglie dei procedimenti standardizzati, sostituendo la tassonomia delle funzioni con una tassonomia delle persone, cioè fornendo uno strumento di valutazione diagnostica complementare ai sistemi di valutazione psichiatrica, che origina dalla ricerca empirica e per certi versi mette da parte la metapsicologia, la dimensione teoretica che non si presta ad approcci riproducibili concreti. Il PDM è definito dai suoi autori una struttura diagnostica che cerca di considerare il funzionamento globale di un individuo, considerandone i *pattern* emozionali, cognitivi e sociali nella profondità così come nella superficie, enfatizzando sia le variazioni individuali, sia gli aspetti comuni. Lo scopo del PDM è quello di integrare gli sforzi di diagnosi categoriale del DSM e dell'ICD (*International Classification of Diseases*) degli ultimi 30 anni, mettendo, quindi, in discussione l'istanza fortemente individualizzante della psicoanalisi a favore di una condivisione predeterminata (Rossi, Rosso, 2007). Il ragionamento clinico nella carne della relazione terapeutica, però, non può fare riferimento ad alcuna griglia predefinita, ad alcun procedimento standardizzato, ma deve necessariamente svolgersi facendo i conti con una serie di fattori interferenti quali, per esempio, la formazione personale e l'esperienza professionale, i modelli di riferimento teorici, l'autorità della parola dei maestri e, *last but not least*, i vissuti controtransferali del terapeuta. Il procedimento diagnostico si configura pertanto come una procedura sfumata «che si articola in una serie di atteggiamenti, domande, prese di posizione, movimenti di esplorazione che vengono a costituire con il tempo un collaudato repertorio artigianale, personale e privato che ogni clinico si costruisce da sé, utile a orientarsi nella geografia della mente del paziente. [...] Solo in un secondo tempo, dopo essersi mosso nella conoscenza del paziente con gli strumenti del suo repertorio personale e privato, il clinico può provare a collocare ciò che ha ricavato dai contatti con il paziente in una griglia standardizzata» (Rossi Monti, D'Agostino, 2018, 175).

## IL CONTESTO NARRATIVO

Quale può essere il contenitore che permetta l'espansione della diagnosi? Io credo che la costruzione di un contesto narrativo possa diventare la possibilità di rendere rappresentabile un precipitato di emozioni mai pensate e vissute, il filo che permetta all'acrobata di esibirsi, ma anche di non cadere nel vuoto, il *continuum* in cui inserire i frammenti, come aveva fatto Sir Arthur Evans nella ricostruzione del palazzo reale di Cnosso e nello svelamento dell'esistenza della civiltà minoico-micenea e come aveva ricordato Freud con il suo *saxa loquuntur* (le pietre parlano) in *Etiologia dell'isteria* (1896, 334).

Nella mia esperienza clinica ho potuto indagare le storie di uomini sofferenti attraverso le più svariate creazioni, letterarie, artistiche, artigianali; ho fatto parlare vecchie fotografie ingiallite, recuperando in senso narrativo immagini che si sottraessero alle tendenze mimetiche provocate dall'ambiente istituzionale.

Cartelle cliniche apparentemente mute e inespressive, attraverso la creazione narrativa, la mitopoiesi, hanno potuto dare forma e pregnanza affettiva a luoghi spesso assenti di storia, di racconto e quindi di tempo e di senso. L'uso errato di un participio, un neologismo con vaghe assonanze dialettali, un allentamento, una cesura, un intoppo o uno scarto di accelerazione nel ritmo sintattico, hanno potuto illuminarmi su brandelli di una storia non trascritta, su impressioni del compilante che non si materializzano nella parola scritta, ma che aspettano di essere svelate da una lettura non preconcepita e liberamente impuntuale.

Ho ascoltato e interpretato in termini narrativi anche patologie apparentemente sotto il totale dominio neurologico come la discinesia tardiva, intesa come tentativo attraverso un'agitazione motoria apparentemente afinalistica, un'evacuazione pulsionale che non trova un contenimento, di testimoniare e forse colmare la carenza o l'assenza di comunicazione. Ho ricostruito la storia degli uomini rinchiusi nel manicomio attraverso un presepe allestito da alcuni di loro e ho inventato feste per far venire alla luce del sole anche le più recondite possibilità comunicative. Ho potuto differenziare differenti quadri clinici di pedofilia non soltanto attraverso la descrizione di casi clinici, ma facendo riferimento a molti testi letterari, usati come *exempla* narrativi delle differenti modalità espressive di questi quadri, tanto gravi quanto negletti per qualunque terapeuta.

Il testo diagnostico psichiatrico si costituisce come un testo che per le sue peculiarità di linguaggio stereotipato e centrato su un'esposizione medicalistica dei sintomi e degli eventi correlati, appare destituito delle connotazioni di tempo e



di identità e pertanto non possiede quelle caratteristiche di «tessuto», al cui interno dovrebbero esserci generatività e creatività.

A causa di una tensione narcisisticamente rivolta alla ricerca di una coerenza letteraria che dia forma a una vita caotica o, quantomeno, che sia in grado di costruire da subito una plausibile relazione tra eventi storici e fatti clinici, e a causa dell'ambizione di risultare universalmente comprensibile e decodificabile da tutti gli psichiatri, si assiste a una vera e propria scissione tra un testo narrativo unico e irripetibile e la sua traduzione in un linguaggio massificante e indifferenziato, senza le necessarie mediazioni che il 'prolungamento' freudiano favorisce attraverso l'acquisizione di elementi conoscitivi via via più approfonditi grazie all'instaurarsi della relazione.

Nelle edizioni del DSM che si sono succedute aleggia il desiderio onnipotente di uno strumento di classificazione e di comunicazione universale e metastorica, globalizzante diremmo oggi; una sorta di magico esperanto medico-psichiatrico che vuole abolire i dialetti *tout court* e la loro vitale e singolare immediatezza comunicativa.

Pirandello dà un inappellabile giudizio negativo sulla diagnosi alla fine di *Uno Nessuno Centomila* (1926, 901):

«Non è altro che questo, epigrafe funeraria, un nome. Convieni ai morti. A chi ha concluso. Io sono vivo e non concludo. La vita non conclude. E non sa di nomi, la vita».

L'atto di costruire una narrazione si snoda in un percorso da un tempo che Ricœur (1983) chiama prefigurato (gli eventi della vita del paziente e i suoi sintomi), a un tempo rfigurato (la sua nuova realtà) attraverso la mediazione dell'atto configurante insito nella relazione con il terapeuta.

Se vengono valorizzate le implicazioni semantiche della valutazione diagnostica *prolungata*, è possibile mettere in atto processi di rimemorizzazione e costruzione. L'atto di rimembrare suggerisce etimologicamente il rimettere insieme «membra e lembi dispersi» e può essere un principio di un lavoro ricostruttivo rivolto, per esempio, al mondo interno frantumato dello psicotico, al quale il contesto narrativo si offre come «un primario contenitore», in opposizione alla contenzione di senso effettuata dalla diagnosi tradizionale.

Precedente a ogni donazione di senso storico è l'esperienza che il paziente farà nell'incontro con un analista capace di accoglimento che via via trasformerà il magma emotivo inavvicinabile, attraverso l'uso di un sillabario emotivo che raffreddi, distingua, in emozioni raffigurabili e quindi percepibili (Ferro, 1996).

Lukács (1969) parla di «totalità nascosta della vita» per definire la scoperta e la ricostruzione dell'esistenza stessa di un personaggio come base per la nascita di un personaggio narrativo all'interno di un romanzo. Il «percorso diagnostico» può avere forse proprio questa funzione: dare un contenitore in movimento, un luogo di trasformazione consensuale, che possa rappresentare l'esigenza di avvicinarsi alla totalità nascosta della vita.

### **A PROPOSITO DEGLI ATTACCHI DI PANICO**

Freud in *Inibizione, sintomo, angoscia* (1925) descrive due tipi di angoscia: l'angoscia automatica e l'angoscia segnale. L'angoscia automatica, che si ritrova nelle nevrosi attuali, è scatenata dal trauma, compare improvvisamente e paralizza l'individuo. L'angoscia segnale, tipica delle psiconevrosi in cui il desiderio libidico è stato rimosso è l'effetto di una difesa, avverte del pericolo e permette di mettere in atto strategie difensive.

Nell'attacco di panico si assiste a un corteo di intensissimi sintomi neurovegetativi, tra cui palpitazioni cardiache, vertigine, tremori, sudorazione, respirazione affannosa, sensazione di soffocamento, dolori gastro-intestinali, percezione di morte imminente, ecc. Chi subisce un attacco di panico, perde la capacità di capire l'origine e la natura dell'angoscia: angoscia e morte imminente sono la stessa cosa. Non esiste più l'angoscia segnale, ma solo quella automatica. La maggior parte delle persone con attacchi di panico soffre anche di claustrofobia o di agorafobia. L'attacco di panico tende continuamente a ripetersi e il paziente sembra non apprendere dall'esperienza. La ripetitività dell'attacco è anche dovuta al fatto di essere il prodotto dell'immaginazione del paziente e che quest'ultima proceda dissociata dall'esperienza della realtà, dando la stura agli intensi fenomeni neurovegetativi.

Molti analisti hanno attribuito l'attacco di panico, come la fobia, al conflitto inconscio, ma negli ultimi anni ha preso piede l'ipotesi secondo cui l'attacco di panico non sia l'esito di processi di rimozione e di conflitti emotivi, ma sia espressione del fallimento di quelle funzioni inconscie che modulano e monitorizzano lo stato emotivo sostenuto da una costellazione psicologica ed emotiva di base, per cui la funzione di contenimento e di trasformazione dell'angoscia è andata perduta (De Masi, 2004).

Anche Bastianini (2015) propone un vertice di comprensione dell'attacco di panico attraverso un'ipotesi patogenetica che prende in considerazione le difese

dissociative e che vede nella dimensione traumatica, il più delle volte misconosciuta, un elemento centrale dell'espressione dell'angoscia. La dissociazione è intesa come un processo che dà forma al funzionamento psichico del soggetto e crea discontinuità nell'esperienza soggettiva.

Manifestazioni improvvise di stati emotivi catastrofici che urgono e spingono alla scarica, difficoltà di riconoscere e nominare gli affetti, funzionamenti caratterizzati dall'inibizione dell'attività fantastica e immaginativa e dal congelamento delle emozioni, testimoniano la crisi della simbolizzazione, il fallimento della funzione segnale degli affetti e l'azione concomitante di meccanismi difensivi dissociativi più che rimotivi, con la relativa problematica delle iscrizioni inconsce di traumatismi precoci che non hanno potuto, per tali motivi, essere oggetto di un lavoro psichico di traduzione, rappresentazione, simbolizzazione.

Proto-emozioni non tradotte (elementi beta in Bion) costituiscono una minaccia per la mente, che attiva quindi difese massicce contro l'emergere di tali emozioni. Il fallimento di queste difese può portare all'emergere improvviso, incontrollato di emozioni non-simbolizzate, come negli attacchi di panico. Se ci riferiamo al modello bioniano contenitore-contenuto, l'eccesso di angoscia infantile e il conseguente trauma precoce sono il frutto di una mancata o insufficiente capacità materna di contenere e trasformare l'angoscia del bambino (Bastianini, 2015).

Bastianini e Moccia (2008) sostengono che la disarmonia tra identificazioni patologiche precoci con genitori emotivamente rifiutanti o eccessivamente ansiosi e, quindi, inadeguati a placare l'angoscia dei figli e stati interni del soggetto, istituisce conflitti dilemmatici tipici dei disturbi da attacchi di panico.

In casi di carenza di funzione simbolizzante, un sintomo fisico particolare o la stessa angoscia, possono però costituire la sola entità discreta disponibile che permetta l'ingresso di una «logica dell'emozione» nel dominio simbolico (semiosi affettiva).

Questo è uno dei motivi per cui i pazienti si aggrappano così tenacemente ai loro sintomi, poiché costituiscono un possibile veicolo di significato (Bucci, 1997).

L'emergenza dell'angoscia può essere scatenata sia da eventi che possano rievocare sul piano profondo antiche esperienze macro o micro traumatiche, ma anche dai tentativi di realizzare alcune potenzialità creative, superando la scissione interna. In questi casi i tentativi di integrazione, sono vissuti come una pericolosa minaccia ad una organizzazione psichica coartata nell'espressione di sé ma, se adeguatamente affrontati, possono costituire un'inedita via di ampliamento e

arricchimento, di restituzione alla pensabilità di aree del Sé in attesa, forse da sempre, di poter «venire ad essere» (Bastianini, 2015).

Il caso clinico di un trattamento analitico sul lettino condotto al ritmo di tre sedute settimanali, di cui presento alcune fasi iniziali, vuole mettere in evidenza la duplicità di senso del sintomo somatico. Se da una parte bisogna tenere conto degli aspetti a-simbolici che sembrano veicolati dall'attacco di panico, dall'altra bisogna identificare e valorizzare la presenza di tentativi di simbolizzazione insiti nello stesso sintomo somatico. Per Rossi Monti e D'Agostino (2018), la funzione del diagnosticare si fonda sulla possibilità di mantenere un certo grado di *visione strabica* grazie alla quale, mentre da un lato si mette a fuoco un particolare e si colgono alcuni aspetti dell'oggetto dall'altro ne vanno fuori fuoco altri, in un processo di continui aggiustamenti. La verifica e la valorizzazione dei tentativi di simbolizzazione insiti nel sintomo diventano, però, possibili soltanto spostandosi dal concetto di diagnosi a quello di percorso diagnostico spiraliforme.

### CASO CLINICO

Giovanni è un ragazzo di vent'anni che al primo incontro descrive minuziosamente con parole, smorfie e gesti evocativi i suoi disturbi somatici. Comincia dai dolori addominali; li definisce sordi, improvvisi, insistenti, insopportabili. Partono dallo stomaco e poi, accompagnati da intensa sudorazione, dilagano verso il basso, trasformandosi in spasmi intestinali resistenti a qualunque terapia. I dolori lo bloccano, lo paralizzano, gli impediscono qualunque attività sociale.

G. non va più all'Università; non vede più la solita compagnia al bar del paese e non suona più nel gruppo musicale che ha fondato due anni prima. Per il timore di esserne colto in strada, sta perennemente in casa, dove lui, solitario, continua ad esercitarsi con la chitarra. Si dice innamorato ma insoddisfatto della sua ragazza, anche se ormai totalmente dipendente dalle sue visite quotidiane. Da un bel po' non fanno più l'amore e lo stare insieme consiste nel lasciarsi andare sensualmente tra le braccia di lei e farsi accarezzare come un bambino, ricambiando sporadicamente le agognate carezze.

Sono colpito dalla sua capacità descrittiva e discriminativa del dolore, della differente qualità con cui viene percepito in parti del corpo diverse, in luoghi diversi, in orari differenti, dalla sua variabilità espressiva, dalla sua plasticità, dalla finezza con cui le *nuances* e le differenze di ritmo, di intensità e di durata vengono proposte. Avverto, però, non soltanto un'esposizione ossessivamente minuziosa

dei sintomi, ma una ricca e creativa capacità narrativa e metaforica, seppure coartata e deformata dall'angoscia. Sento le descrizioni come un dono, come un tentativo di mettere in atto una potenziale capacità discriminatoria delle emozioni e dei sentimenti nella relazione analitica.

Quando, dopo la fase iniziale dell'analisi, in cui gli è stato possibile esprimere il dolore fisico nelle sue innumerevoli variazioni e combinazioni, ha cominciato a manifestarsi la rabbia, fino a quel momento trattenuta, per l'impossibilità di una vita attiva, perché continuamente minata dalla paura di non essere all'altezza di qualunque aspettativa nei suoi confronti (quando, per esempio, ha potuto descrivere la stanchezza che provava quando andava a giocare a pallone con gli altri bambini e veniva rimproverato dall'allenatore perché non correva abbastanza, perché non si smarcava abbastanza), i dolori addominali e l'angoscia panica ad essi sottesa, hanno via via avuto una presenza meno ingombrante e nel giro di pochi mesi non sono stati più l'argomento centrale delle sedute.

Se da un lato il dolore era evidentemente il sintomo dell'impotenza di fronte a una sorta di tappo che impediva alla sua aggressività di venire fuori, dall'altro questa evidenza non aveva alcuna possibilità di trasformarsi in consapevolezza a noi immediatamente accessibile e la scissione doveva necessariamente perdurare. Soltanto la concessione all'interno del setting analitico della possibilità di una descrizione minuziosamente ossessiva, ma anche artisticamente creativa delle caratteristiche dei dolori addominali ha favorito la possibilità di esprimere da un'altra parte, senza alcuna evidente connessione, il dolore mentale di sentirsi fragile, insicuro, piccolo, indifeso, esposto ad ogni possibile critica. L'abilità descrittiva dei dolori somatici in un certo senso compensava il vissuto di inermità e di svalutazione nelle prime fasi dell'analisi.

Successivamente, dopo essere stati per un certo periodo un aspetto collaterale e poco significativo delle sue difficoltà, i dolori sono andati scomparendo dalle sue parole e, in un certo senso, dalla sua pancia. Il primo sintomo di presentazione delle difficoltà aveva una concretezza organica, quasi a dimostrazione di qualcosa di consistente e in qualche modo di riconoscibile e condivisibile.

È proprio sull'esigenza di riconoscibilità e di costituzione di un terreno condiviso («Mi creda, si tratta di dolori ai limiti della sopportazione, come lei non ha mai provato!») che mi sono eticamente soffermato, non allontanandomi dal sintomo dolore organico, non andando subito a cercare l'eventuale correlato mentale, ma provando a contenerlo. Non potevo richiedere all'Io di G. quello che l'Io non poteva dare o tollerare nella fase in cui le condizioni basali del suo sé non gli permette-

vano un funzionamento più evoluto. In quel momento G. poteva esprimersi in quel modo (non era in grado di fare lavoro psicologico inconscio, direbbe Ogden). Uno spostamento di piani avrebbe causato una adultizzazione impietosa e forzata, favorita da una sorta di acculturazione informativa e cognitiva che avrebbe eluso il suo bisogno di condivisione e di contenimento, facendolo sentire incompreso. Nelle malattie psicosomatiche le interpretazioni psicomodinamiche di conflitti simbolici rischiano di essere addirittura iatrogene, poiché forniscono falsi nessi, inducono intellettualizzazioni scisse o possono far sentire il paziente ancora più impotente, colpevole, perseguitato dalle supposte motivazioni inconscie – comunque inaccessibili – del suo star male. Tale disinvolta modalità interpretativa riflette anche una fantasia onnipotente del terapeuta: che un'analisi esaustiva «verso la simbolizzazione» sia in grado di scongiurare le malattie e magari la morte (Argentieri Bondi, 1998).

Bion (1987, 246) scrive:

«Picasso traccia un disegno su una lastra di vetro cosicché può essere visto da un lato e dall'altro. Vorrei suggerire qualcosa di analogo: guardate da un lato, c'è un dolore psicosomatico. Giratelo, ora è somapsicotico. È lo stesso, ma ciò che si vede dipende dal modo in cui lo si guarda, da quale posizione, da quale vertice – o qualsiasi termine preferiate usare».

È stato proprio il contenimento iniziale, il «credere» da parte mia al sintomo, all'autenticità della sofferenza e alla sua localizzazione, a un suo senso comunicativo, che ha poi permesso il corpo a corpo con le credenze del paziente. La mia richiesta successiva di esplicitare pensieri e teorie sui dolori e le angosce correlate con domande di precisazione e di individuazione ha facilitato la costituzione di uno scenario che ha consentito a G. di rappresentare con modalità nuove il suo dolore, senza compiacenze intellettualistiche da un lato, senza il timore di portare un prodotto non apprezzato dall'altro. È stato utile dare un'attenzione specifica alla modalità con cui il paziente raccontava l'attacco di panico e al suo vissuto. Rivivere con lui il trauma dell'attacco di panico, ha aiutato G. a funzionare riflessivamente rispetto a un evento psichico-emotivo-primitivo di cui non aveva padronanza.

Si è trattato di organizzare, almeno inizialmente, nei miei pensieri, i sintomi sia sul piano simbolico, sia sul piano «concreto», per poter costruire delle verità parziali sufficientemente digeribili per il paziente rispetto alle sue angosce e corporee e mentali. Verità piccole, appena più grandi di un balbettio che sostenga un desiderio, ma verità da cui non si può prescindere perché sostengono e promuovo-

no le trasformazioni psichiche e che possono utilmente essere esplorate in profondità a patto che non perdano la connotazione, lo statuto di verità in transito.

Il paziente, sentendo che il suo corpo veniva visto e immaginato al contempo, poteva provare a diventare soggetto della propria storia, non più parassitato dai sintomi. Questo modo di procedere ha favorito il progressivo contenimento/superamento degli aspetti di asimboicità che pure il sintomo organico pareva veicolare. I disturbi descritti da G. sembravano essere manifestazioni di alterazioni dello schema corporeo, cortocircuitati dall'intreccio pulsionale e, tutto sommato, cominciavano a manifestare un significato simbolico; sembravano essere cioè segno di una minaccia vitale.

In seguito il sintomo abbastanza in fretta è sembrato svuotarsi di significato e tutto è sembrato passare senza lasciare una traccia organica. Non erano rilevabili in G. la povertà simbolica, il deficit di mentalizzazione, descritti nel paziente psicosomatico dalla scuola francese (Marty, de M'Uzan, 1963), né l'alessitimia (mancanza di parole per le emozioni e di distinzione dei sentimenti dalle sensazioni corporee) (Sifneos, 1973; 2000). Piuttosto era riscontrabile una eclissi del senso che però poteva essere via via elaborata e anche superata, così come superato poteva essere l'automatismo psicosomatico, in conseguenza del contenimento analitico, che poteva favorire la governabilità, la regolabilità di un corpo fino a quel momento sentito come ingovernabile, in balia di un esterno incomprensibilmente minaccioso.

Scomparsi dalla scena i dolori addominali senza alcun clamore, senza alcuna sottolineatura, sono emerse e venute in primo piano le sue difficoltà esistenziali e ha potuto trovare spazio l'interpretazione, ma non solo delle fantasie inconse, quanto delle forme di pensiero che le sostengono in una dimensione relazionale confrontabile e negoziabile, permettendo di mettere in evidenza l'oscillazione tra la paura della perdita dei confini (prima di tutto quelli corporei) e la paura di una paralisi imprigionante il corpo.

## CONCLUSIONI

La psichiatria contemporanea individua con esattezza il sintomo, ma lo considera «come un'erbaccia da estirpare e non come il segnale di un malessere più profondo che proprio attraverso quel sintomo viene alla superficie e chiede di essere ascoltato» (Rossi Monti, 2000, 46).

Gli agiti, gli *enactment*, e anche i sintomi corporei possono essere vissuti e letti non tanto come attacchi alla relazione, ma in alcuni casi come la sola possibilità

comunicativa in pazienti che non hanno le risorse emotive e comunicative per rappresentare accadimenti traumatici che sono al momento inelaborabili. Nel trattamento analitico di questi pazienti spesso manca una trama elaborativa del trauma; per loro è possibile ripetere fatti, ma non promuovere pensieri rappresentativi e metaforici dell'evento e della situazione traumatica, poiché gli aspetti traumatici non possono essere riassorbiti dall'apparato psichico né essere riformulati e risignificati (Zerbi Schwartz, 1998).

Rifacendosi al pensiero di Bion, Ogden (2009) afferma che l'esperienza che non può essere sognata può avere avuto origine in un trauma esterno, un'esperienza emotiva insopportabilmente dolorosa, o in un trauma intrapsichico. Essa in ogni caso rimane con l'individuo come «un sogno non sognato».

Quando il terapeuta viene condotto nei luoghi del trauma dal paziente attraverso i linguaggi in quel momento possibili, deve rispondere a una richiesta di condivisione emotiva dell'esperienza di impensabilità e di irrepresentabilità. Questa faticosa condivisione è la *conditio sine qua non* perché l'esperienza analitica sia utilmente vicaria e attivamente fornisca energia psichica, ricchezza associativa, esperienza strutturante.

Winnicott (1974) in *Fear of Breakdown* parla dell'importanza di potere sperimentare nella relazione ciò che non si è potuto vivere quando è accaduto.

L'analista dovrebbe, attraverso un continuo esercizio di comprensione, permettere al paziente di interiorizzare una funzione della mente che dia significato agli stati d'animo e li contenga e in tal modo rafforzare strutturalmente l'identità personale e gli assetti difensivi. Arrivare a fare diagnosi genetica del disturbo, senza per questo eludere la necessità di riconoscimento e valorizzazione del sintomo somatico, seppure per lunghe fasi scisso dal dolore mentale, permette la costruzione di un *processo diagnostico* non aprioristico, non automatico, ma come un abito che va *cucito su misura* per adattarsi alle caratteristiche e alle esigenze del paziente, con i tempi e i ritmi adeguati alle capacità trasformative, anche quelle in qualche modo presenti nella ripetitività sintomatica.

In *Ricordare, ripetere e rielaborare* Freud scrive:

«La stessa traslazione rappresenta un elemento della ripetizione e la ripetizione è la traslazione del passato dimenticato» (1914, 356).

Gli intendimenti di Freud sono ancora più chiari nella lettera alla rivista *Le disque vert* (1924, 21):

«Non bisogna mai stancarsi di considerare gli stessi fenomeni più e più volte (o di subirne gli effetti)».



L'affermazione che la ripetizione di un atto è anche un atto di transfert, un ricordo agito, ha ovviamente importanti implicazioni terapeutiche e riduce il senso di impotenza che può pervadere l'analista al lavoro.

Bibring (1943) propone due diversi tipi di coazione ripetere, la tendenza ripetitiva, che è conservatrice e la coazione risolutiva, una situazione psichica legata alle funzioni dell'Io. Anna Freud (1964) distingue la coazione a ripetere dall'elaborazione ripetitiva, un meccanismo dell'Io che ripete un'esperienza con variazioni utili alla sua assimilazione, come il volgere un'esperienza passiva in esperienza attiva.

Bollas (1987) introduce il concetto del conosciuto non pensato, a cui fa riferimento Lichtenberg (1989) quando propone il concetto di scene – modello per individuare alcune modalità interattive che presentificano modi di relazione sempre vissuti e ripetuti, ma mai finora «pensati».

«Tale approccio si basa sull'idea che una parte importante dei nostri modi di essere non abbia un corrispettivo inconscio rappresentabile, per esempio sul modello della fantasia inconscia della Klein. Il corrispettivo di certi modi di essere affonda invece in una sorta di vissuto fondamentale caratterizzato dalla ripetizione, che non corrisponde però alla rievocazione di modalità interattive e relazionali di cui il soggetto non ha mai avuto coscienza» (Correale, Neri, 1999, 16).

Il tornare sul fenomeno, il conoscere e riconoscere più a fondo quello che si è sperimentato, confidando nell'inesauribile ricchezza del fenomeno stesso che può più volte essere composto e creativamente ricomposto, ci fa vedere come l'analisi proceda soggettivamente, tenendo rigorosamente ferma la prima persona dell'indagatore e vietandosi di fare della psiche solamente un'oggettiva terza persona (Trincia, 2000).

Le capacità trasformative insite nella ripetitività sintomatica, se valorizzate nella relazione analitica, grazie ad uno stato oscillatorio della mente (Modell, 1990), possono permettere il superamento del sintomo.

---

#### SINTESI E PAROLE CHIAVE

In diversi suoi scritti, Freud, almeno per alcuni aspetti, valorizza la diagnosi psichiatrica, riconoscendo il valore della lezione di Charcot. Il medico deve non solo toccare, ma anche guardare, osservare, riconoscere e decifrare i sintomi per ordinarli e ricondurli a un sapere organizzato. Per Freud l'osservazione psicoanalitica, però, prolunga l'osservazione psichiatrica e se ne allontana, diventando un vero e proprio percorso diagnostico, che non è isolabile dall'insieme del processo psicoanalitico e dal necessario contesto narrativo. Un caso clinico di attacco di panico evidenzia la sostanziale differenza fra la diagnosi psichiatrica e il percorso diagnostico in psicoanalisi.

**PAROLE CHIAVE:** Attacco di panico, diagnosi, eziologia, narrazione, percorso diagnostico.

**FROM PSYCHIATRIC DIAGNOSIS TO THE DIAGNOSTIC PATHWAY IN PSYCHOANALYSIS. SOME NOTES ON PANIC ATTACK DIAGNOSIS.** In several of his writings, Freud, at least in some aspects, values psychiatric diagnosis, recognising the value of Charcot's lesson. The doctor must not only touch, but also look, observe, recognise and decipher the symptoms in order to order them and bring them back to an organised knowledge. For Freud, however, psychoanalytic observation prolongs psychiatric observation and moves away from it, becoming a true diagnostic pathway, which cannot be isolated from the whole psychoanalytic process and from the necessary narrative context. A clinical case of panic attack highlights the substantial difference between the psychiatric diagnosis and the diagnostic pathway in psychoanalysis.

**KEYWORDS:** Aetiology, diagnosis, diagnostic pathway, narrative, panic attack.

**DU DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE AU PARCOURS DIAGNOSTIQUE EN PSYCHANALYSE. QUELQUES NOTES SUR LE DIAGNOSTIC D'ATTAQUE DE PANIQUE.** Dans plusieurs de ses écrits, Freud, au moins par certains côtés, valorise le diagnostic psychiatrique, reconnaissant la valeur de la leçon de Charcot. Le médecin doit non seulement toucher, mais aussi regarder, observer, reconnaître et déchiffrer les symptômes afin de les ordonner et de les ramener à un savoir organisé. Pour Freud, cependant, l'observation psychanalytique prolonge l'observation psychiatrique et s'en éloigne, devenant un véritable processus diagnostique, qui ne peut être isolé du processus psychanalytique dans son ensemble et du nécessaire contexte narratif. Un cas clinique d'attaque de panique souligne la différence substantielle entre le diagnostic psychiatrique et le processus diagnostique en psychanalyse.

**MOTS CLÉS:** Attaque de panique, diagnostic, étiologie, parcours diagnostique, récit.

**DEL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO AL RECORRIDO DIAGNÓSTICO EN PSICOANÁLISIS. ALGUNAS NOTAS SOBRE EL DIAGNÓSTICO DEL ATAQUE DE PÁNICO.** En varios de sus escritos, Freud, al menos en algunos aspectos, valora el diagnóstico psiquiátrico, reconociendo el valor de la lección de Charcot. El médico no sólo debe tocar, sino también mirar, observar, reconocer y descifrar los síntomas para ordenarlos y reconducirlos al conocimiento organizado. Para Freud, sin embargo, la observación psicoanalítica prolonga la observación psiquiátrica y toma distancia de ella, convirtiéndose en un verdadero proceso diagnóstico, que no puede ser aislado del proceso psicoanalítico en su conjunto y del necesario contexto narrativo. Un caso clínico de ataque de pánico destaca la diferencia sustancial entre el diagnóstico psiquiátrico y la vía diagnóstica en psicoanálisis.

**PALABRAS CLAVE:** Ataque de pánico, diagnóstico, etiología, narrativa, vía diagnóstica.

**VON DER PSYCHIATRISCHEN DIAGNOSE ZUM DIAGNOSTISCHEN WEG IN DER PSYCHOANALYSE. ANMERKUNGEN ZUR DIAGNOSE VON PANIKATTACKEN.** In mehreren seiner Schriften würdigt Freud die psychiatrische Diagnose und erkennt dabei den Wert von Charcots Lehre an. Der Arzt soll die Symptome nicht nur berühren, sondern auch sehen, beobachten und entschlüsseln, um sie zu ordnen und in ein organisiertes Wissen zu überführen. Für Freud erweitert die psychoanalytische Beobachtung jedoch die psychiatrische Beobachtung und entfernt sich von ihr, und wird dadurch zu einem wirklichen diagnostischen Weg, der nicht von der Gesamtheit des psychoanalytischen Prozesses und dem notwendigen narrativen Kontext isoliert werden kann. Ein klinischer Fall von Panikattacken verdeutlicht den substantiellen Unterschied zwischen der psychiatrischen Diagnose und dem diagnostischen Weg in der Psychoanalyse.

**SCHLÜSSELWÖRTER:** Ätiologie, Diagnosen, diagnostischer Weg, Erzählung, Panikattacke.

## BIBLIOGRAFIA

- ARGENTIERI BONDI S. (1998). Lipocondria come patologia dell'interpretazione. Notazioni tecniche. *Psicoanalisi*, 2,1, 48-65.
- AULAGNIER P. (1975). *La violenza dell'interpretazione. Dal pittogramma all'enunciato*. Roma, Borla, 1994.
- BARALE F. (2019). Prefazione. In: SCHINAIA C., *Pedofiliae psicoanalisi. Figure e percorsi di cura (13-22)*. Torino, Bollati Boringheri.
- BASTIANINI T. (2015). Il soggetto degli affetti: ripensare l'attuale nelle patologie del panico. Relazione al convegno Ansia e attacchi di panico, Milano, 6 giugno. Ined.
- BASTIANINI T., MOCCIA G. (2008). Langoscia: una forma di semiosi affettiva. Riflessioni teorico-cliniche sulle patologie del panico. *Riv. Psicoanal.*, 54, 1, 91-109.
- BIBRING E. (1943). The conception of the repetition compulsion. *Psychoanal. Quart.*, 12, 486-519.
- BION W.R. (1987). *Seminari clinici*. Milano, Raffaello Cortina, 2013.
- BOLLAS C. (1987). *Lombra dell'oggetto. Psicoanalisi del conosciuto non pensato*. Milano, Raffaello Cortina, 2018.
- BUCCI W. (1997). *Psicoanalisi e scienza cognitiva. Una teoria del codice multiplo*. G. FIORITI (a cura di). Roma, Fioriti, 2016.
- CORREALE A., NERI C. (1999). Psicoanalisi e gruppo. In: G. BERTI CERONI, A. CORREALE (a cura di), *Psicoanalisi e psichiatria*. Milano, Raffaello Cortina.
- DE MASI F. (2004). The psychodynamic of panic attack: A useful integration of psychoanalysis and neuroscience. *Int. J. Psychoanal.*, 85, 2, 311-336.
- DE RENZIS G. (2015). Dia-gnosi. *Notes per la Psicoanal.*, 6, 25-43.
- FERRO A. (1996). *Nella stanza d'analisi. Emozioni, racconti, trasformazioni*. Milano, Raffaello Cortina.
- FREUD A. (1964). Commenti sul trauma psichico. In: *Opere*, vol. 2. Torino, Boringhieri, 1979.
- FREUD S. (1892). *Prefazione alla traduzione delle «Lezioni del martedì»*. O.S.F., 1.
- FREUD S., BREUER J. (1892-1895). *Studi sull'isteria*. O.S.F., 1.
- FREUD S. (1893). *Necrologio di Jean Marie Charcot*. O.S.F., 2.
- FREUD S. (1896). *Etiologia dell'isteria*. O.S.F., 2.
- FREUD S. (1899). Lettera a Wilhelm Fliess del 1 agosto. In: *Lettere a Wilhelm Fliess (1887-1904)*. Torino, Boringhieri, 1996.
- FREUD S. (1914). *Ricordare, ripetere e rielaborare*. O.S.F., 7.
- FREUD S. (1915-17). *Introduzione alla psicoanalisi*. O.S.F., 8.
- FREUD S. (1924). *Lettera alla rivista "Le Disque Vert"*. O.S.F., 10.
- FREUD S. (1925). *Inibizione, sintomo e angoscia*. O.S.F., 10.
- FREUD S. (1932). Lezione 34. Schiarimenti, applicazioni, orientamenti. In: *Introduzione alla psicoanalisi (nuova serie di lezioni)*. O.S.F., 11.
- JUNG C.G. (1961). *Ricordi, sogni, riflessioni*. A. JAFFE (a cura di). Milano, Rizzoli, 1965.
- LICHTENBERG J.D. (1989). *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*. Milano, Raffaello Cortina, 1995.
- LINGIARDI V., McWILLIAMS N. (2017). *PDM-2. Manuale diagnostico psicodinamico*. Seconda ed. Milano, Raffaello Cortina, 2020.
- LUKACS G. (1969). *L'anima e le forme. Teoria del romanzo*. Milano, SE, 2012.
- MARTY P., DE M'UZAN M. (1963). La pensée opératoire, *Rev. Franç. Psychanal.*, 27, n° spécial, 345-355.
- MODELL T.H. (1990). *Per una teoria del trattamento psicoanalitico*. Milano, Raffaello Cortina, 1996.
- OGDEN Th. (2009). *Riscoprire la psicoanalisi. Pensare sognare, imparare e dimenticare*. Milano, CIS, 2009.
- PETRELLA F. (2015). Tracciare e abbattere delimitazioni: considerazioni psicoanalitiche sulla diagnosi psichiatrica. *Notes per la Psicoanal.*, 6, 11-23.
- PIRANDELLO L. (1914). «Il treno ha fischiato...». In: *Novelle per un anno*, vol. I, tomo I. Milano, Mondadori, 1985.

- PIRANDELLO L. (1926). Uno, nessuno e centomila. In: *Tutti i romansi*, vol. II, tomo I. Milano, Mondadori, 1973.
- RACAMIER P.C. (1992). *Il genio delle origini. Psicoanalisi e psicosi*. Milano, Raffaello Cortina, 1996.
- RICCI G. (1995). *Le città di Freud. Itinerari, emblemi, orizzonti di un viaggiatore*. Milano, Jaca Book.
- RICCEUR P. (1983). *Tempo e racconto*. Milano, Jaca Book, 1986.
- ROSSI R., ROSSO A.M. (2007). Il PDM (Psychodynamic Diagnostic Manual): una classificazione con criteri diagnostici psicodinamici. *Giorn. It. Psicopat.*, 13, 76-84.
- ROSSI MONTI M. (2000). Il panico: attualità del nulla. *Psiche*, 1, 41-50.
- ROSSI MONTI M., D'AGOSTINO A. (2018). Clinical picture as an open window. From symptoms to a phenomenological-dynamic stance on the patient's world. In: C. LAKS EIZIRIK, G. FORESTI (a cura di), *Psychoanalysis and Psychiatry. Partners and Competitors in the Mental Health Field*. London & New York, Routledge.
- SIFNEOS P.E. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychother. Psychosom.*, 22, 255-262.
- SIFNEOS P.E. (2000). Alexithymia, clinical issues, politics and crime. *Psychother. Psychosom.*, 69, 113-116.
- TRINCLA F.S. (2000). *Sigmund Freud e il Mosé di Michelangelo: tra psicoanalisi e filosofia*. Roma, Donzelli.
- WINNICOTT D.W. (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma, Armando, 1970.
- WINNICOTT D.W. (1974). Fear of breakdown. *Int. Rev. Psychoanal.*, 1, 103-107.
- WOLF FÉDIDA M. (2015). La classificazione: una censura clinica? *Notes per la psicoanal.*, 6, 89-97.
- YOURCENAR M. (1981). Una bella mattina. In: *Come l'acqua che scorre. Tre racconti*. Torino, Einaudi, 1983.
- ZERBI SCHWARTZ L. (1998). Trauma nella sessualità: il trattamento analitico dell'abuso incestuoso infantile. *Riv. Psicoanal.*, 44, 3, 529-547.

Ricevuto il 12 febbraio 2022  
Versione finale: 26 febbraio 2023

**Cosimo Schinaia**

---

Via Bernardo Castello 8/18

---

16121 Genova

e-mail: cosimo.schinaia@gmail.com

(DOI)10.26364/RPSA20230690353)