

MODELLO PSICODINAMICO DELLO SVILUPPO PSICHICO:

IL MODELLO COMPLEMENTARE

(Nicola Lalli, 1999)

Presente in: N. Lalli, *Manuale di Psichiatria e Psicoterapia*, Liguori Editore, 2000.

© 2000 Nicola Lalli, Liguori Editore.

INTRODUZIONE

Il progresso ed il successo in campo medico sono legati non solo al metodo sperimentale, ma anche ad una posizione epistemologica che ha comportato che l'emergenza di nuove ipotesi, trasformate in teorie dall'operatività e dall'efficacia, ha regolarmente soppiantato teorie precedenti divenute ormai obsolete e falsificate.

Il passaggio non è stato sempre così radicale: spesso sono state in auge, comunque per brevi periodi di tempo, ipotesi che tentavano di spiegare nuove osservazioni, senza avere però una verifica e quindi una validazione.

Ad esempio, nel Settecento alla teoria *degli umori* che aveva dominato la concezione della medicina per circa duemila anni, si affianca quella *miasmatica* che, pur precludendo alla successiva ipotesi *batterica*, ha vita breve perché scarsamente suffragata e che verrà disconfermata dalle scoperte di Pasteur e Koch.

Pertanto, il progresso in medicina è avvenuto proprio sulla base delle *eliminazioni* di quelle ipotesi che non reggevano all'evidenza della sperimentazione e della ricerca. Metodo tuttora funzionale: basta ricordare ad esempio il cambiamento avvenuto nella spiegazione dell'ulcera peptica con la scoperta dell'*Helicobacter Pylori*.

Non si può dire che lo stesso sia avvenuto in psichiatria: anzi, al contrario, nel tempo si sono

sovrapposte ipotesi anche logicamente contraddittorie, trasformando questa disciplina in una sorta di campo di battaglia.

Si è ritenuto possibile che i metodi di osservazione potessero essere tanti e diversi, fino ad affermare che lo stesso oggetto di indagine della psichiatria fosse indefinibile e multiforme. Un affermato fenomenologo (E. Borgna) così afferma: «Non c'è una sola psichiatria, ma ci sono diverse psichiatrie. Ogni psichiatria sottende un suo proprio metodo conoscitivo e non solo, un suo proprio oggetto». Osservazione inquietante, perché ogni disciplina che pretende di essere scientificamente fondata si connota proprio per lo specifico metodo e la specificità dell'oggetto di indagine (per ulteriori approfondimenti su questo argomento, vedi N. Lalli, *Psichiatria e conoscenza. Il Sogno della Farfalla*, IV, 2000).

Evidentemente, la strada della possibilità indefinita, ha chiuso la strada, non tanto alla certezza assoluta, quanto piuttosto ad una costruttività e ad una coerenza in psichiatria.

Anche il paradigma bio-psico-sociale, tanto di moda in questi ultimi decenni, è in fondo una spiegazione così vaga quale poteva esserla l'ipotesi miasmatica nel Settecento.

Le varie psicoterapie non sono state da meno nell'aggravare la situazione: da una parte aumentando il solco tra psichiatria e psicoterapia, dall'altra costruendo modelli del funzionamento psichico estremamente parziali ed applicabili solo a quello specifico contesto.

Sono convinto, invece, che non solo è possibile ma è necessario fondare, empiricamente ma scientificamente, una disciplina che si occupi non solo dello sviluppo psichico, ma anche della psicopatologia, trovando nella terapia la validazione di entrambe: questa disciplina è la psichiatria.

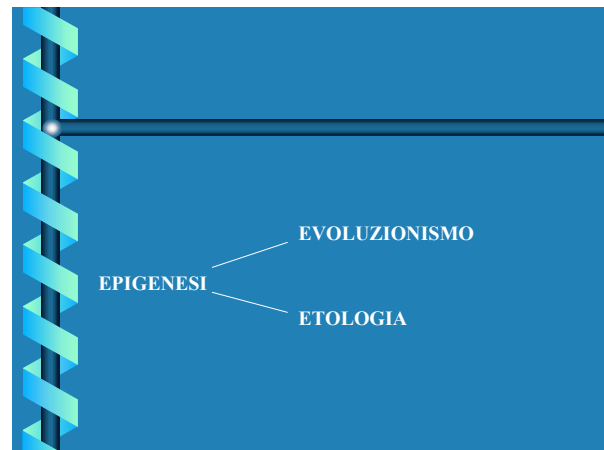
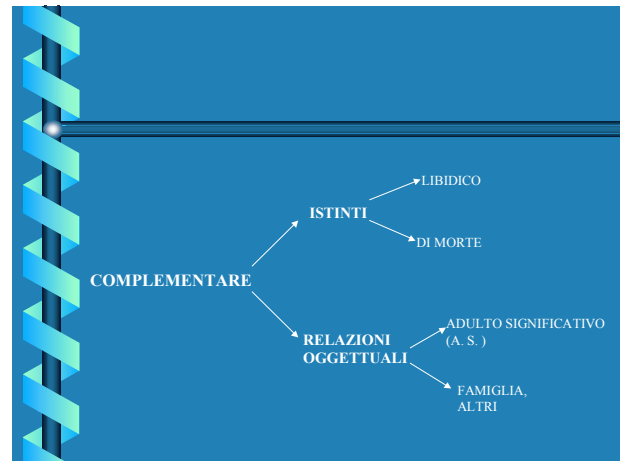
Ma perché questo avvenga sono inevitabili due operazioni:

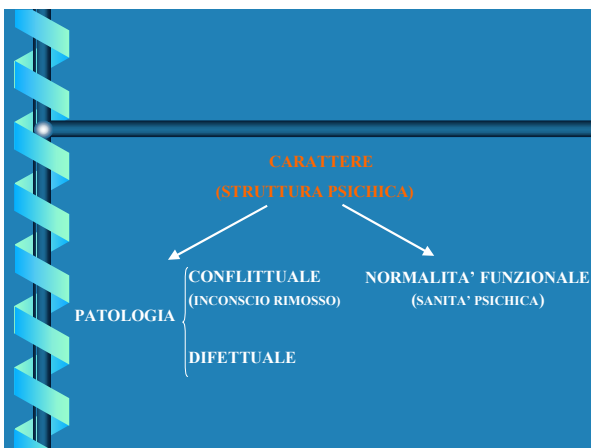
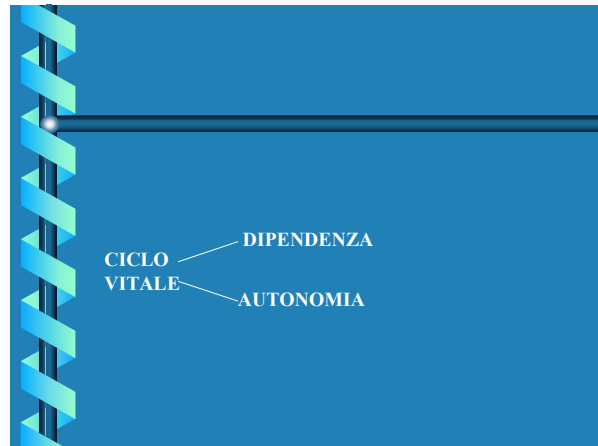
- Eliminare qualsiasi contrapposizione tra psichiatria e psicoterapia;
- Proporre un modello esplicativo, coerente e validabile, dello sviluppo psichico, che sia

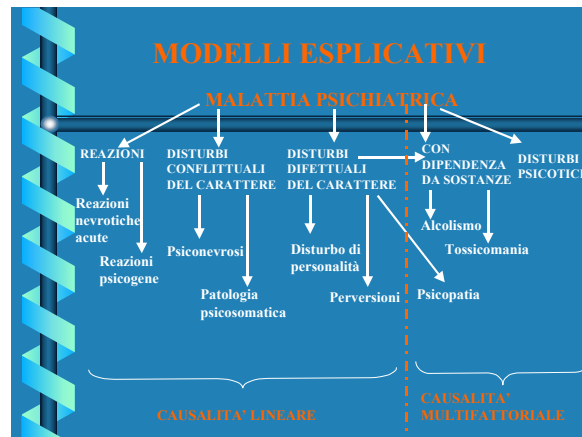
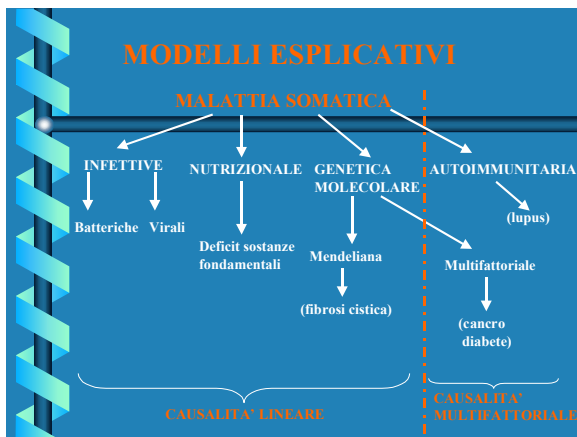
correlabile e coerente con un modello esplicativo della psicopatologia.

In questo lavoro mi soffermerò a proporre un modello dello sviluppo psichico definito come *modello complementare*.

Per una maggiore comprensibilità saranno proposti una serie di schemi, successivamente illustrati all'interno del presente lavoro.







1) Considerazioni generali

Da millenni l'uomo ha cercato di individuare le caratteristiche psicologiche e comportamentali dei singoli individui: la caratterizzazione di vizi o virtù spesso è stata collegata con una particolare fisionomia oppure con la somiglianza di diversi tipi di animali, ai quali appunto, si attribuiscono vizi o virtù degli uomini. In questa ricerca la favolistica, il teatro, la letteratura abbondano in descrizioni. Ma accanto alla descrizione si è cercato anche di capirne le origini e le cause: ricerca che continua tuttora anche se con mezzi più raffinati e sofisticati. In questo lungo iter sono comparse nel tempo alcune denominazioni che continuano ad essere usate, spesso scollegate però dal contesto teorico all'interno delle quali sono state utilizzate, creando spesso più confusione che chiarezza. Mi riferisco a termini come *temperamento*, *carattere*, *personalità*, *Io e Sè* usati a volte come sinonimi, a volte come antitesi.

Pertanto mi sembra necessario, anche ai fini della successiva trattazione, fornire una precisazione, onde eliminare inutili confusioni.

1.1 Il temperamento

Per temperamento si intende l'insieme dei tratti emotivi-affettivi e comportamentali, collegati ed una particolare costituzione somatica che è definita somatotipo.

E' il tentativo più antico; anche se pur in maniera molto più articolata e complessa, continua ad essere utilizzato soprattutto per collegare gli aspetti psichici con quelli somatici.

Nell'antichità venivano distinti quattro temperamenti collegati ognuno ad un eccesso di un particolare umore: come il sangue, la bile ecc.

Su questa base si distinguevano il temperamento: collerico, flemmatico, sanguigno e bilioso. Ognuno di questi caratteri era visto anche come terreno favorevole per l'insorgenza di alcuni disturbi, sia somatici che psichici.

Questa teoria è stata ripresa recentemente ed ha avuto ampia diffusione, per merito di E. Kretschmer, psichiatra tedesco. Egli in base a vari dati antropometrici, distingue quattro tipologie:

- a) il *picnico*: soggetto con prevalenza del torace e dell'addome sugli arti e tendenza all'adiposità;
- b) l'*atletico*: caratterizzato da una struttura scheletrica e muscolare molto forte;
- c) l'*astenico* (o *leptosomico*): piuttosto alto e longilineo con debole struttura muscolare e scheletrica;
- d) il *displastico*: un tipo misto.

L'autore prevedeva una serie di tipologie intermedie: ma l'aspetto più interessante, rimasto a lungo nella psichiatria è il collegamento, di due temperamenti con due classiche malattie psichiatriche.

Il picnico sarebbe soggetto alla psicosi maniaco-depressivo; l'astenico o leptosomico alla schizofrenia.

Successivamente questi due tratti saranno descritti come due caratteristiche basilari di personalità: l'estroversione e l'introversione.

Successivamente W.H. Sheldon, psichiatra americano, descrive tre somatotipi collegati a tre temperamenti ben diversi:

- a) il somatipo endomorfo (rotondo e grassottello) è collegato alla viscerotonia, caratterizzata da estroversione e dalla disinibizione nell'esprimere emozioni;
- b) il mesomorfo (con masse muscolari e scheletriche ben evidenti) alla viscerotonia, caratterizzata da grande energia e tendenza all'azione;
- c) l'ectomorfo (con corpo sottile e fragile) alla cerebrotonia, caratterizzata da inibizione sia dell'affettività che dell'azione.

Ovviamente questi caratteri basilari possono essere ampiamente variabili, ma comunque, mediante misure antropomorfe, saranno sempre attribuibili alle tre categorie basilari. Inoltre l'Autore ritiene che questi tratti comportamentali sono collegabili a specifiche patologie.

Ho citato solo due dei principali autori che si sono occupati del temperamento. Comunque nonostante un temporaneo successo ed interesse, attualmente è un termine poco utile e poco usato: e pertanto in questo contesto non sarà usato.

1.2 Il carattere

Carattere, etimologicamente, vuol dire incisione: pertanto indica quei tratti psicologici e comportamentali stabili che "caratterizzano" ogni singolo individuo.

Sicuramente è S. Freud che ne indica una possibile interpretazione su base genetica - evolutiva, collegando i diversi tratti caratteriali ad una fissazione a particolari momenti evolutivi. Avremo così il carattere orale, anale, fallico ed infine il carattere genitale che rappresenterebbe il modello ipotetico di maturità e di sviluppo dell'individuo.

Successivamente introdurrà una distinzione tra sintomi psiconevrotici veri e propri e *tratti del carattere*. Nel primo caso si ha un insuccesso della rimozione con comparsa di sintomi; nel secondo invece c'è un successo della rimozione che però eccessiva, genera la *nevrosi di carattere*, ove mancano sintomi specifici, ma si struttura una organizzazione patologica dell'intera personalità, che determina la perdita delle capacità creative e di rapporto con la realtà.

E su questa base W. Reich formula la concezione del carattere come una sorta di *armatura* che tende ad immobilizzare e coartare l'individuo. E' una difesa eccessiva, dovuta alla cultura ed alla società che tendono a reprimere la libera istintualità dell'individuo.

Questa accezione negativa tenderà sempre più a sfumare fino ad arrivare alla concezione del carattere come l'insieme dei tratti fisiologici e comportamentali dell'individuo, tratti che si sviluppano a partire dall'interazione del bambino con il mondo esterno.

Pertanto possiamo parlare di un carattere normale e di un carattere che assume, a seconda degli insuccessi dei processi evolutivi, tratti sempre più patologici. Dal carattere nevrotico su base conflittuale, ma ancora asintomatico, al disturbo strutturale del carattere che è legato ad alcuni deficit dell'apparato psichico.

Ritornero successivamente su questi concetti dal momento che utilizzerò appunto il termine di carattere per indicare i tratti stabili dell'individuo, che siano essi

normali e patologici.

1.3 La personalità

Si intende per personalità secondo H.J. Eysenck “...la somma totale degli schemi di condotta dell’organismo attuali e potenziali, ereditari ed acquisiti. Essa si origina e si sviluppa attraverso l’interazione funzionale dei quattro settori principali nei quali sono organizzati questi schemi di condotta: il settore *cognitivo* (intelligenza), *conativo* (carattere), *affettivo* (temperamento), *somatico* (costituzione)” (da U. Galimberti).

La citazione di Eysenck non è a caso, ma per due motivi ben precisi.

Il primo è una definizione largamente condivisibile, il secondo è che il concetto di personalità, pur usato da numerosi Autori con significati diversi, rimane un termine specifico della ricerca psicologica.

Attraverso ricerche, prevalentemente su campioni di persone normali, gli psicologi clinici cercano mediante test sempre più complessi e soprattutto con procedimenti di elaborazione sempre più sofisticati di individuare alcuni tratti fondamentali della psiche che variamente sommandosi o interagendo, possono spiegare la complessità e la diversità dei singoli individui.

Non a caso un test di valutazione clinica molto conosciuto, come l’MMPI, è definito test di “personalità”. Gli studi più recenti, sempre sulla base di elaborazione di questionari, hanno portato alla cosiddetta teoria dei “Big Five”.

Sono stati estrapolati cinque fattori normativi della personalità che sono: Nevroticismo, Estroversione, Apertura all’esperienza, Amabilità e Coscenziosità. Questi fattori variamente interagendo spiegano le diversità personali, mentre

l'aumento eccessivo o la mancanza possono determinare specifiche patologie.

Per questi motivi ritengo più utile riservare il termine personalità agli studi di psicologia clinica che usando strumenti di rilevazione diversi da quelli dell'indagine clinica, non sempre offrono dati comparabili o utilizzabili dalla clinica.

Pertanto mi sembra più corretto non utilizzare questo termine: purtroppo rimane il concetto di "Disturbo di personalità" perchè largamente utilizzato, soprattutto da quando il DSM (nelle sue varie versioni) ne ha fatto una categoria nosografica altamente specifica.

Pertanto, per evitare ulteriori fraintendimenti utilizzerò il termine "Disturbo di personalità" ma è evidente che sarà utilizzato come equivalente, nel presente Manuale, di disturbo strutturale del carattere (ved. pag.)

1.4 L'Io

Nonostante l'uso generalizzato di questo pronome, è stata sicuramente la psicoanalisi a sostantivizzarlo e renderlo una istanza fondamentale dell'apparato psichico, insieme all'Es ed al Super-Io.

Comunque il significato di Io è estremamente intricato e complicato e lo stesso Freud, lo usa spesso in accezioni diverse.

Sul piano genetico S. Freud propone in un primo tempo che l'Io si forma come differenziazione dell'Es nel rapporto con la realtà esterna: successivamente invece lo propone come precipitato di identificazioni successive. Sul piano funzionale l'Io comunque rimane l'istanza fondamentale dell'apparato psichico: nella sua parte conscia come capacità di conoscenza e di rapporto con il mondo mentre nella

parte inconscia come sede dei meccanismi difensivi.

Successivamente soprattutto negli Stati Uniti nascerà una specifica psicologia definita appunto Psicologia dell'Io soprattutto ad opera, di H. Hartmann. Dato fondamentale è la concettualizzazione che questa istanza non è al servizio degli istinti, bensì del rapporto con la realtà. L'Io attraverso processi di maturazione, apprendimento ed adattamento, sviluppa sempre più la capacità di esplorare e rapportarsi con il mondo traendone piacere; piacere che tenderà sempre più ad irrobustire questa funzione. Il concetto di forza dell'Io, come sinonimo di sanità mentale è un elaborato della Psicologia dell'Io, come pure l'importanza delle gratificazioni esterne per la sua crescita e sviluppo.

Numerosi studi successivi tenderanno, sempre più a connotare l'Io come fonte delle motivazioni, come istanza organizzativa dell'esperienza e come luogo di una autopercezione continua che fonda il senso d'identità dell'individuo.

Per queste caratteristiche il concetto d'Io e quello di carattere sono in gran parte assimilabili. Pertanto nel Manuale l'uso di Io e di carattere potrà essere intercambiabile con una differenza: parlerò di *Io* soprattutto come istanza che si evolve a partire dalla nascita per mediare il rapporto tra realtà esterna e inconscio; mentre parlerò di *carattere* soprattutto per definire una struttura stabile che pertanto si adatta meglio per una descrizione clinica.

1.5 Il Sé

E' un termine che assume significati diversi a secondo delle diverse teorie che utilizzano questo termine.

Complessivamente il Sé connota sia una funzione che è quella *autoriflessiva* ed

autoreferenziale delle percezioni e delle esperienze, sia un nucleo centrale che rimane stabile e coeso pur nel fluire inevitabile degli eventi e delle relazioni del soggetto.

Molto spesso le teorie del Sè tendono a contrapporsi a quelle delle relazioni oggettuali, o comunque a contrapporre il Sè alla realtà esterna. Non è un caso che molto spesso una fondamentale operazione del bambino, quella di distinguere l'Io dal mondo esterno, viene spesso designata con la formula “distinzione del Sé dal non Sé”.

Il termine Sè, da molto tempo è stato utilizzato in filosofia prima ancora di entrare nel lessico psicologico e psichiatrico.

Fu W. James a introdurlo per primo nell'ambito della psicologia distinguendone tre modalità fondamentali: Sè materiale, Sè sociale, Sè spirituale, ad indicare i tre aspetti fondamentali dell'uomo: il vissuto corporeo, quello relazionale, ed il mondo dei valori e delle aspettative.

Successivamente sarà la psicologia sociale ad impadronirsi di questo termine per sottolineare la matrice fondamentale culturale ed interpersonale della formazione dell'individuo, fino a giungere a considerare l'individuo come un precipitato, una stratificazione delle opinioni e dei giudizi che gli altri ci comunicano, più o meno esplicitamente, su di noi.

Ma è H. Kohut (vedi cap.) che formula una teoria del Sè completa e coerente. Alcune di queste formulazioni, soprattutto il concetto di narcisismo, saranno utilizzate per elaborare una teoria dei disturbi di personalità. O. Kernberg ritiene che la mancata coesione del Sè determini quella “diffusione dell'identità” sorta di marker psicologico del borderline.

Il termine Sè, pur con varie modalità, sarà spesso utilizzato per contrapporre ad

una realizzazione vera, un Falso-Sè che sarebbe una sorta di maschera utilizzata dal borderline per gestire meglio la propria patologia proprio perchè coperta di questa maschera (vedi cap.). Infine la psicologia umanistica - esistenziale utilizzerà ampiamente questo termine. Da R. May che afferma che ogni individuo possiede un nucleo originario che cerca di affermarsi e di emergere per cui l'aspettativa maggiore dell'uomo è l'autorealizzazione di questo Sè, fino a A.H. Maslow (vedi cap.) che pone la realizzazione del Sè al vertice della piramide dello sviluppo umano.

Inoltre il Sè sarà un concetto fondamentale nella ricerca della enfant research (vedi cap.).

Comunque non sono mancate critiche anche molto radicali a questo concetto, soprattutto perchè questo concetto esprime in maniera più evidente la convinzione che il soggetto o il Sè sia una entità unica e totalmente integrata. "L'assurdo è che dentro di noi vive una persona che pensa per noi; questa persona noi la chiamiamo Sè". Questo concetto per Minsky serve a spiegare tutto senza spiegare alcunché: "... come funziona la visione? Semplice: il nostro Sè guarda attraverso i nostri occhi allo stesso modo come noi guardiamo alla finestra.

Come facciamo a parlare? Anche qui tutto sembra venire da dentro: è il nostro Sè che ha qualcosa da comunicare ecc... Ora è chiaro che tutte queste risposte non sono affatto risposte, bensì parole pressoché vuote che assomigliano a delle risposte quel tanto che basta per non farci più fare domande". (M. Minsky).

La critica di Minsky comunque va ben oltre il Sè perchè si inserisce in un dibattito aperto: se l'individuo è una unità coesa e sempre coerente (come sostiene in particolar modo la teoria del Sè) o piuttosto è composito di varie parti che spesso sono in netto contrasto o diverse tra di loro. In certi casi la polemica viene spinta

fino all'etimo stesso di individuo (che vuol dire non diviso) che sarebbe un puro artificio perchè l'uomo anche il più normale è composto di numerosi parti a volte molto diverse o in contrasto tra di loro.

Comunque anche il termine di Sè, poichè è applicabile correttamente solo all'interno di specifiche teorie, non sarà utilizzato in questo contesto se non in riferimento a formulazioni specifiche della teoria del Sè.

Pertanto possiamo concludere, dopo questo breve excursus, che nel Manuale saranno utilizzati solo due termini: carattere ed Io che sono abbastanza sovrapponibili con una sola differenza.

Mentre l'Io verrà usato soprattutto nella descrizione delle varie fasi evolutive, quello di carattere sarà maggiormente utilizzato per connotare situazioni piuttosto stabili, siano esse normali o patologiche.

2. Modello complementare: dagli istinti alle relazioni interpersonali.

Il modello che esporrò si basa sui seguenti punti qualificanti.

1) E' un modello complementare, ovverosia postula la base pulsionale dello sviluppo psichico, ma propone anche la fondamentale importanza delle relazioni interpersonali.

2) Lo sviluppo è *epigenetico* ovverosia si ritiene che le pulsioni, o altre situazioni innate, sono innescate e attivate solo in presenza di sufficienti ed appropriati stimoli esterni. E' noto che il bambino, se entro i primi tre mesi dalla nascita, viene messo in acqua, nuota. Trascorso questo periodo, il bambino "dimentica" questa sua capacità, e sarà costretto, faticosamente, a doverla riapprendere.

3) Lo sviluppo avviene per *crisi* successive. Crisi vuol dire: separazione da una situazione psichica

ormai superata che se continuasse diventerebbe anacronistica e quindi patologica. Separazione possibile solo in una interazione positiva tra il soggetto e l'ambiente circostante.

4) Si postula che lo sviluppo dell'uomo si situa tra due estremi: da quella di massima dipendenza, ad una di sempre maggiore autonomia che lo porta a risolvere il bisogno di "dipendenza dall'oggetto", sviluppando nel contempo la capacità "alla solitudine".

Ritengo più utile usare il termine complementare, piuttosto che il termine misto o bifattoriale (come fanno J.R. Greenberg e S.A. Mitchell) perché presenta analogie con il modello complementare - in fisica - della luce: modello che ne accetta la natura corpuscolare ed ondulatoria.

Complementare vuol dire quindi accettare sia la teoria degli istinti, sia quella dell'importanza delle relazioni interpersonali.

Poiché il concetto di istinto è quello più carico di ambiguità, dovrò soffermarmi, più a lungo, su questo problema.

2.1 Il concetto di istinto.

Postuliamo che l'uomo possiede due istinti: quello libidico e quello di morte.

Perché due istinti, e perché specificamente questi? Per dare una risposta dobbiamo inserire l'uomo ed il suo sviluppo nella evoluzione generale della vita e delle sue differenziazioni.

Oltre 4 miliardi di anni fa, il passaggio dall'inorganico al biologico, fu segnato da una svolta che potrebbe sembrare poco logica e poco economica. Il passaggio dalla *simmetria* della materia inorganica (prodotti recemici), alla *asimmetria* del biologico. La materia vivente è asimmetrica perché utilizza soltanto prodotti destrogiri (come gli zuccheri) e levogiri (come gli aminoacidi): i rispettivi isomeri, non solo non sono utilizzabili, ma a volte possono risultare addirittura dannosi.

Questo brevissimo accenno, al complesso problema dell'asimmetria, solo per postulare che qualcosa di analogo può essere avvenuto nel passaggio dai primati superiori all'uomo: ovverosia dall'animalità all'umanità.

Datare questo avvenimento non è facile: sicuramente all'interno dell'era quaternaria (iniziata 2 milioni di anni fa). Ma se questo passaggio lo dobbiamo attribuire all'*homo habilis* (1.500.000 anni fa), o all'*homo erectus* (500.000 anni fa), o all'*homo sapiens* (200.000 anni fa), o addirittura in tempi più vicini, rimane un campo aperto ad una ricerca interdisciplinare. Però possiamo ipotizzare che il passaggio dall'"animalità" all'"umanità" è stato segnato da una svolta riduttiva: da una serie di istinti programmati e predeterminati, ad istinti con una minore specificità, ma con una maggiore plasticità. L'istinto libidico che tende ad unire, l'istinto di morte che tende a separare: istinti poco "specialistici", ma proprio per questo con maggiori potenzialità.

Questi due istinti regolano il cammino fondamentale dell'uomo: dalla dipendenza alla autonomia.

Perché questa riduzione? Perché, in termini evolutivi, questa riduzione permette un migliore adattamento alla complessità.

Infatti il problema dell'uomo, non è tanto l'adattamento a situazioni ambientali, che in genere cambiano in tempi lunghi.

A partire dall'ultima glaciazione (12.000 anni fa), l'uomo in effetti non ha dovuto affrontare grandi cambiamenti nel mondo della natura.

Ma l'uomo deve affrontare una situazione assolutamente specifica: l'adattamento all'ambiente umano.

Ed è questo che cambiando continuamente sottopone l'uomo ad uno sforzo che sarebbe assolutamente impensabile per qualsiasi altro animale.

Il mondo umano, cioè la cultura, le tradizioni, le abitudini, le regole di vita ecc. possono cambiare in maniera molto rapida e radicale. E l'uomo deve adattarsi continuamente a situazioni culturali diverse: ha bisogno pertanto di una maggiore plasticità, che non ci sarebbe, se egli fosse portatore di istinti altamente specializzati e quindi rigidi.

Inoltre la dualità istintuale, si avvicina e realizza quella *asimmetria* che sembra costituire la specificità del biologico.

Possiamo ipotizzare che la vita psichica si sviluppi solo in una situazione asimmetrica (istinto di

vita-istinto di morte; sonno-veglia; Io-tu ecc.) e che la patologia psichica e la morte biologica, possono essere lette come passaggi verso la simmetria. Nel campo psichico l'identificazione proiettiva, la simbiosi, la confusione sonno-veglia, sono espressioni di una tendenza alla simmetria ed alla omogeneità, segni evidenti di una grave psicopatologia. Nel campo biologico la morte è il ritorno alla natura, a quella *simmetria* tipica della materia inorganica (N. Lalli, 1991).

2.2 Istinto libidico. Istinto di morte.

L'istinto libidico porta alla ricerca dell'oggetto e può esprimersi con due modalità. Sul piano fenomenico, queste due modalità, si differenziano per l'importanza che assume l'oggetto.

Esiste una modalità che possiamo definire *anaclitica* (ovverosia di appoggio all'oggetto) che va dall'attaccamento, al bisogno di rinforzo per l'autostima, ecc. e che esprime quindi una dipendenza dall'oggetto.

Ed una modalità che possiamo definire *diacritica* (ovverosia che non presenta una dipendenza dall'oggetto) e che si esprime come ideale dell'Io, come creatività, fantasia, in altre parole come investimento sessuale.

Per istinto di morte seguo la teorizzazione di M. Fagioli: ovverosia l'istinto che si esplica alla nascita e che si manifesta come fantasia di sparizione contro la realtà (aspetto distruttivo) o come fantasia di sparizione verso situazioni interne (aspetto creativo).

Capire in che modo interagiscono questi due istinti è un problema fondamentale, perché si pone alla base del problema della separazione. E' evidente che dobbiamo non solo chiederci cosa è che ci spinge verso l'oggetto, ma anche cosa ne permette la separazione. La complessità di questa domanda ha portato con facili semplificazioni a postulare il principio della *scarica*: la separazione è inevitabile ed automatica ogni qualvolta la tensione viene scaricata. Anche il concetto di narcisismo primario presenta una uguale genesi¹. Con il che si viene a postulare che una capacità (la

¹Il mito di Narciso deve essere interpretato alla luce della dinamica di Eco. Eco è colei che non riesce a separarsi, come evidenzia la necessità di attaccare e "staccare" le parole dell'altro (il fenomeno dell'eco). Narciso, incapace di

separazione) - che si deve acquisire nel tempo - già esiste a monte e prima ancora di una serie di relazioni interpersonali che permettono di sviluppare questa capacità. Ma proporre la separazione come automatica ed inevitabile, anche dopo il soddisfacimento del desiderio, vuol dire riproporre in maniera surrettizia un modello di scarica: modello meno meccanicistico, ma pur sempre di scarica.

Dobbiamo pertanto pensare che se esiste una pulsione che direziona verso l'oggetto, ci deve essere anche una pulsione che agisce in senso contrario: ovverosia che porti alla separazione. E' nella dialettica tra queste pulsioni e le relazioni interpersonali che dobbiamo trovare la genesi dello sviluppo psichico: sia normale che patologico. Quale è dunque allora il significato dell'oggetto e della relazione, nello sviluppo psichico?

Se l'oggetto servisse solamente a sviluppare potenzialità che sarebbero tutte innate nel bambino, l'oggetto sarebbe abbastanza squalificato e soprattutto non si spiegherebbe la complessità, la varietà della vita psichica e negheremmo un fattore fondamentale come l'apprendimento.

Se l'oggetto servisse invece a costruire-riempire (mediante le introiezioni e le identificazioni) il bambino, vorrebbe dire ridurre quest'ultimo ad un puro contenitore, negando quindi qualsiasi possibilità di cambiamento e di crescita reale.

Dobbiamo ritenere quindi che ci sia una dinamica più complessa che può essere compresa sulla base di una ipotesi che lega la nascita, la crisi, il cambiamento ed il trauma.

Necessità fondamentale per l'uomo è quella di mantenere l'integrità del proprio apparato psichico, ovverosia quella coesione originaria, che è l'Io originario.

Ma questa integrità non può essere stasi perenne: la crisi, il cambiamento sono inevitabili ("la stasi è morte" affermava G.F. Hegel). Ma se queste sono troppo traumatiche il bambino prima e l'adulto poi metteranno in atto una serie di meccanismi difensivi che sono collegabili con l'istinto di morte come tendenza che cerca di allontanare, far sparire, o controllare onnipotentemente l'oggetto frustrante. Dico difensivo perché il bambino cerca appunto - non di ritornare alla situazione

rapportarsi con questa dinamica, si rifugia nel narcisismo, ovverosia nella

precedente - ma soltanto di salvaguardare l'integrità psichica e quindi di riequilibrare la turbata situazione attuale. Non si può parlare di situazione precedente perché il bambino si trova in una crisi, ovverosia a cavallo tra il ripristinare la situazione che è stata turbata o accettare l'avventura verso una nuova situazione.

E' chiaro quindi che la crisi può avere una doppia valenza: maturativa o regressiva. Postulare l'evoluzione per crisi, significa evidenziare l'importanza dell'oggetto in genere, ma soprattutto nel momento della crisi, quando un adulto valido e gratificante aiuta il bambino a rinforzare le valenze libidiche, in modo da contrastare le tendenze che lo porterebbero a non tentare l'avventura, ma a rifugiarsi nelle comodità dell'acquisito. Ma se consideriamo che la crisi, come momento di passaggio - cambiamento, non è solo un fatto psichico, ma anche biologico, (nel senso di acquisizione di nuove capacità) ci rendiamo conto della inevitabilità della crisi e quindi dell'importanza fondamentale della gestione della stessa.

La prima crisi, per importanza e per cronologia è la nascita; a questa, ne seguiranno altre legate direttamente alla crescita ed alla evoluzione psicofisica del bambino (punto di vista *epigenetico*).

2.3 La nascita e lo sviluppo psichico.

Alla nascita e nei primi mesi di vita l'espressione istintuale trova il massimo della manifestazione: l'istinto libidico come attaccamento, l'istinto di morte come sparizione dell'oggetto frustrante.

Con la nascita e con l'attivazione dell'istinto di morte, si costituisce l'Io e l'inizio della vita psichica.

Chiaramente la nascita deve essere intesa come una nuova situazione, che segue ad una precedente, che è quella della vita endouterina. Questa fase, per il feto, è caratterizzata da due situazioni fondamentali.

- a) C'è una dinamica di contatto che è mediata prevalentemente dalla cute;
- b) il feto vive una situazione di simbiosi, ove non è possibile distinguere un interno ed un esterno,

indifferenza come incapacità di sostenere una dinamica di intensa bramosia.

un Io ed un non-Io. Sarà la nascita appunto che interrompendo questa situazione, attiva la possibilità e l'inizio di una vita psichica e di un Io.

Alla nascita l'Io è prevalentemente somatico, ovverosia trae la sua forza prevalentemente a livello tattile e cenestesico, come avveniva già nella precedente situazione endouterina, con una differenza fondamentale. La cesura della nascita, imponendo una rottura dell'omeostasi e quindi l'inevitabile "vissuto" del non essere più in simbiosi, fa del bambino una unità separata e divisa che deve lottare per mantenere questa nuova situazione. Nuova situazione che ha alcuni aspetti in comune quella precedente: la culla e le braccia dell'A.S., segnalano queste diversità, ma anche questa continuità, nel cambiamento. La fantasia di sparizione contro la nuova realtà: la luce, ed il recupero del ricordo della precedente esperienza endouterina, fanno sì che si costituisca la "sensazione" di un contenitore. Questo contenitore rappresenta l'abbozzo dell'apparato psichico, ovverosia dell'apparato che contiene i nuovi vissuti. Ma questa sensazione di un contenitore interno è estremamente fragile, pronto a lacerarsi, come spesso si irrita la pelle del bambino.

Perciò questa immagine-sensazione interna, deve trovare supporto e fortificarsi sulla base delle successive esperienze tattili: la pelle, che già nel liquido amniotico ha rappresentato il principale mezzo di comunicazione e di osmosi, anche dopo la nascita, continua ad essere luogo privilegiato che focalizza le attenzioni e le cure degli adulti nei confronti del bambino. In questo modo, il fragile Io si consolida, sempreché ci sia una dinamica oggettuale valida, che deve passare attraverso le comunicazioni, le emozioni e gli affetti che la pelle raccoglie e trasmette al bambino. Così l'Io fondamentalmente somatico, tende a strutturarsi come Io-pelle. Ovverosia una struttura che è sempre più psichica, ma che ha ancora nel somatico la sua base.

Se le modalità di rapporto interpersonale sono valide, lo scambio continuo, osmotico tra l'Io e l'esterno rendono sempre più questo Io-pelle, un Io libidico, ovverosia un Io capace di investimento sessuale ed ove la "pelle" si è trasformata in una duplice qualità psichica: la recettività e la resistenza.

Mi è sembrato indispensabile riproporre il problema degli istinti, perché è solo sulla base di una

teoria istintuale che è possibile proporre l'esistenza, la natura e le funzioni dell'inconscio. Eliminare le pulsioni vuol dire eliminare l'inconscio o al massimo, trasformarlo in inconscio cognitivo.

2.4 L'inconscio

E' stupefacente dover osservare come ormai da alcuni decenni la ricerca sull'inconscio da parte della psicoanalisi sia praticamente assente o banalizzata.

Basti osservare che un autore - abbastanza conosciuto come A. Modell - nel suo libro ritenuto innovativo "Psicoanalisi in un nuovo contesto" non parla mai di inconscio.

Credo invece più euristico non solo ritenere che esista un inconscio, ma che questa dimensione sia fondamentale nella vita psichica dell'uomo; ma bisognerà allora cercarne una definizione corretta: vediamone alcune

L'inconscio è una mera potenzialità: definizione possibile, ma troppo generica.

L'inconscio è una funzione: ma allora di quale apparato?

L'inconscio è un apparato: ma come si configura questo apparato?

L'inconscio è una struttura. Ma cosa intendiamo per struttura: una organizzazione pre-esperienziale o post-esperienziale?

Ritengo invece che l'inconscio deve essere considerato come *uno stato della mente*, ovverosia come una complessità che si manifesta e che può momentaneamente scomparire per dare luce al conscio.

Il concetto di *stato* implica l'esistenza non di apparati diversi, ma di variazioni dinamiche di uno stesso substrato organico, cioè il S.N.C. In questo modo si supera sia l'antitesi mente-soma, sia la fantasticheria che esista una parte nascosta e misteriosa dove risiederebbe l'inconscio. Ci troveremmo così molto vicini alla dinamica del rapporto veglia-sonno-sogno (vedi N. Lalli, A. Fionda, "L'altra faccia della luna. Il mistero del sonno" con particolare riferimento ai cap. VI e VII, Liguori, Napoli 1994).

In fondo due sono le proposizioni fondamentali sull'inconscio: l'inconscio come stato della mente e

l'inconscio come apparato più o meno rigido ed immutabile. Chiarito questo quesito, potremmo anche definire meglio il concetto di inconscio come potenzialità.

Iniziamo da una osservazione molto semplice e comune.

In qualsiasi situazione di rapporto il soggetto presenta una duplice articolazione: da una parte è attivo perché investe l'oggetto, dall'altra è recettivo perché è investito dall'oggetto.

Investimento e recettività indicano una dinamica complessa che implica affetti, istinti, percezioni, fantasie, ecc...

Per semplificare questa complessità, mi soffermerò a considerare una situazione più parziale, ma significativa: la percezione visiva.

Il soggetto nel rapporto con l'oggetto ha una percezione visiva dell'oggetto. In questa ottica possiamo dire che esiste una situazione di passività: ovvero il soggetto non può non vedere l'oggetto. Passività tanto maggiore quanto minore è la capacità di recettività, come avviene nello psicotico che vive l'esser guardato, come intrusività violenta alla quale può cercare di sottrarsi solo con un meccanismo ben conosciuto: il negativismo che avviene in presenza e per la presenza dell'oggetto. Lo psicotico non può impedirsi di vedere: pertanto se vuole evitare l'altro deve volgere la testa dall'altra parte e deliberatamente.

Comunque ritorniamo ad una situazione di normalità: il soggetto percepisce visivamente l'oggetto, ma ad un certo punto l'oggetto andrà via. La separazione, prima o poi, dovrà comunque avvenire e questa separazione è vitale, come lo è la nascita. Altrimenti si creerebbe una situazione di simbiosi mortale, come sarebbe mortale la permanenza del feto nell'utero oltre un certo periodo.

Inevitabilmente, quindi, l'oggetto materiale non c'è più e pertanto cessa lo stimolo visivo.

In questo momento il soggetto si troverà, per un attimo, in uno stato particolare che possiamo definire di *deprivazione*: la percezione visiva non è più possibile.

Cosa succede in questo momento? Il soggetto per mantenere la continuità di relazione con l'oggetto ed una propria continuità interna, deve inserire la percezione visiva nella propria struttura psichica.

Cioè dovrà formare una immagine. E' ovvio che per questa dinamica ci riferiamo a relazioni

affettivamente significative per il soggetto e non già a situazioni banali.

Ma questa immagine può formarsi con modalità diverse: dalla normalità alla patologia.

Molto schematicamente possiamo distinguere quattro modalità.

a) Si formerà, in maniera creativa, una immagine: certamente la percezione è pur sempre un atto soggettivo, ma questa deve tener conto della realtà esterna. Creativa quindi vuol dire che l'immagine trae origine oltre che dal dato materiale esterno, anche dalla situazione psichica che corrisponde a quella dell'inconscio mare calmo.

b) L'immagine si forma sulla base di un oggetto interno deteriorato (non è quindi una vera immagine). Questo oggetto interno è dovuto ad una dinamica di bramosia che comporta l'introiezione dell'oggetto (che risulta intero, ma deteriorato) e successiva scissione e rimozione. Questo oggetto interno sarà successivamente proiettato all'esterno: è la dinamica dell'inconscio rimosso (psiconevrosi).

c) L'immagine si forma sulla base di oggetti interni frammentati e parziali. E' la dinamica dell'inconscio frammentato (psicosi schizofreniche).

d) L'immagine non si forma: la fantasia di sparizione contro l'oggetto esterno comporta, alla scomparsa dell'oggetto materiale, l'incapacità di formare qualsiasi immagine e quindi mantenere un legame, per quanto alterato, con l'altro. E' quanto avviene nello schizofrenico difettuale e nel simplex (seppur con eziologia diversa).

Se consideriamo la capacità di rapporto con l'oggetto e la capacità di separazione, possiamo evidenziare tre situazioni.

La prima corrisponde ad una situazione di inconscio mare calmo. E in questo caso possiamo parlare realmente di inconscio come stato della mente che si manifesta al momento della separazione-deprivazione come possibilità di formare una immagine creativa.

La seconda è quella descritta relativamente all'inconscio rimosso. In questo caso possiamo ritenere l'inconscio come una struttura che determina in maniera molto rigida ed iterativa la formazione dell'immagine.

La terza infine che corrisponde ad una situazione di vuoto interno.

Quindi da una parte ci troviamo di fronte ad un inconscio sano che continua ad avere la capacità di formare (creare) immagini interne: immagini che ovviamente nel bambino devono stabilizzarsi, nell'adulto invece vanno ad arricchire il suo mondo interno.

Dall'altra avremo un inconscio che, strutturato sulla base di immagini alterate introiettate costituisce l'inconscio rimosso.

Per ulteriori approfondimenti rimando ad altri lavori (N. Lalli, 1994-1998).

2.5 Emozioni ed affetti

E' evidente che c'è una stretta correlazione tra pulsioni, emozioni, affetti e strutturazione dell'inconscio.

Ma la prima domanda da porsi è se emozioni ed affetti hanno il medesimo significato, o se invece corrispondono a "sentimenti" diversi; uso sentimento nel senso più comune: ovvero come uno dei tre processi fondamentali che fondano la vita psichica insieme agli altri due processi che sono il conoscere e il volere.

Per emozioni dobbiamo intendere l'aspetto più primitivo del sentire, caratteristica peculiare della materia organica che ad un livello superiore utilizza ben definite vie neurofisiologiche (come il circuito di Papez). L'emozione presenta una stretta correlazione e corrispondenza con il soma (dalla mimica, alle variazioni di costanti biologiche) e si esprime con due vissuti fondamentali ed antitetici: piacere-dispiacere.

Per piacere non deve intendersi né una assenza di dispiacere, né uno stato di nirvana, ma piuttosto una situazione armonica tra soma, psiche e ambiente. Non mi sembra superfluo rammentare la radice etimologica (plak) che vuol dire sostenere, concordare.

Per dispiacere dobbiamo intendere invece una situazione di *disarmonia* che nasce o da un bisogno insoddisfatto o dalla mancanza di un rapporto gratificante, o da una alterazione dell'omeostasi

individuo-ambiente. Possiamo ipotizzare che il piacere è più uniforme, mentre il dispiacere può avere diverse gradazioni come dolore, ansia, angoscia.

Le emozioni così intese fanno parte ovviamente del patrimonio biologico del bambino, ma la qualità - negativa o positiva - è certamente dovuta alla modalità del rapporto interpersonale.

Nei primi mesi di vita è pensabile che la dinamica mentale sia condizionata dalle emozioni e che queste abbiano una funzione primaria nella dinamica integrativa delle percezioni.

La pelle, l'udito, la vista possono integrarsi o meno a seconda della qualità di questo sentimento: una situazione emotiva di dispiacere può rendere difficoltoso o impossibile questa integrazione tra gli aspetti orali e visivi e tra questi ultimi e quelli uditivi.

Anche qui rimane centrale la dinamica rapporto-separazione.

Nel rapporto con l'altro se il bambino vive una situazione soddisfacente riesce a separarsi ed al momento della separazione, mantenere dentro di sé il ricordo dell'oggetto, che nelle prime fasi è prevalentemente costituito sulla base uditiva, visiva e cenestesica.

Si formano così delle immagini, anche se non definite; e queste immagini tendono sempre più ad integrarsi e a fondersi e porteranno successivamente alla verbalizzazione: cioè il passaggio dal ricordo-immagine al simbolo verbale.

Ma ad una certa fase dello sviluppo compaiono gli affetti, "sentimenti" più complessi ed articolati.

Quando e come nascono gli affetti?

Forse non c'è un momento particolare, ma un lungo percorso che porta la polarità piacere-dispiacere a legarsi ad immagini ben precise. Ed è a questo punto che le emozioni si trasformano in affetti, la cui bipolarità rivela l'antica origine.

Infatti anche gli affetti hanno una duplice polarità che non possiamo più definire piacere-dispiacere, ma dinamica complessiva del rapporto con l'altro e della costituzione del Sé.

I "sentimenti" che colorano continuamente la vita umana sono innumerevoli. Piacere, amore, ansia, angoscia, odio, gelosia, sofferenza, coraggio, desiderio, paura, orgoglio, attrazione: tanti nomi per indicare due situazioni fondamentali collegate agli affetti.

Da una parte quelli legati all'istinto libidico: desiderio, amore, investimento libidico. Dall'altra quelli collegati all'istinto di morte: rabbia, odio. Fino a quella dinamica estrema che si esprime come annullamento, quando la rabbia o l'odio non sono ulteriormente sopportabili e gestibili.

Non è questa la sede per affrontare la complessità e la genesi e l'importanza degli affetti nella vita dell'uomo. Sicuramente la psicoanalisi non è stata in grado di proporre una teoria soddisfacente degli affetti. Come osserva giustamente A. Green questa difficoltà "... è rappresentata dai nostri preconcetti e dal modo stesso in cui sono stati posti i problemi sin dall'inizio nell'ambito della teoria freudiana" (Green A., 1978).

Per Freud l'affetto è una quantità di energia (Affektbetrag) che accompagna gli eventi della vita psichica. Egli inoltre differenzia l'origine degli affetti dalle rappresentazioni, l'affetto è una traccia mnestica di azioni appartenenti al passato filogenetico delle specie: è evidente l'influenza di Darwin in questa concettualizzazione. Questo tantum puro di energia, secondo Freud può diventare fattore di disorganizzazione dell'apparato psichico ed avere conseguenze dannose per il funzionamento del pensiero. L'apparato psichico secondo Freud ha in fondo questa funzione fondamentale: ottimizzare l'aspetto razionale a scapito del pericoloso aspetto affettivo. Con il passare del tempo Freud porrà sempre più come referente della sua teoria della affettività, l'angoscia, anzi questa diventa l'affetto per eccellenza e pertanto necessariamente sottoposto al processo di Verdrängung. Al di là di facili critiche bisogna sottolineare che questa concettualizzazione della pericolosità degli affetti avrà una precisa corrispondenza sul piano della prassi terapeutica: è la concezione dell'analista neutrale. Comunque questa teoria degli affetti sarà variamente interpretata e modificata dai successori di Freud, ma senza alcuna sostanziale modifica. E giustamente osserva Green "Ci si può chiedere se l'assenza di una teoria degli affetti generalmente accettata non sia da improntare ai limiti propri dell'ambito analitico. E credo che la risposta è sicuramente affermativa" (A. Green, 1978).

Pertanto bisogna riprendere un discorso che a partire dagli istinti, e da una diversa teorizzazione di questi, giunge a postulare una teoria degli affetti.

A questo proposito mi sembra utile citare un passo del lavoro di G. De Simone "*Conoscenza ed*

affetti. Il dire ed il fare in psicoterapia" “ ... A questo punto forse possiamo essere più precisi nel dire che caratteristica dell'uomo non è, come specie evoluta, solo quella di sentire. Il sentire come irritabilità, sensibilità è caratteristica della materia vivente, come percezione sensoriale, appartiene alla specie animale ed anche al feto umano nel suo ambiente. Forse possiamo dire che caratteristica dell'uomo è soprattutto *sentire affetti a partire da immagini*.

Quando si ha la comparsa dell'affetto? Forse proprio *quando la pulsione si lega all'immagine*. Possiamo introdurre una definizione di affetto a partire dalla pulsione nel senso che *quando la pulsione si lega all'immagine diventa affetto*.

Certo l'immagine mantiene una direzionalità nel rapporto con la realtà (investimento) e gli affetti mantengono un sentire in rapporto con la realtà (la carica). Alla base c'è il concetto assolutamente originale di pulsione come investimento nel rapporto con la realtà esterna. Fatto che si ritrova nella clinica, nei fenomeni empatici, nella percezione affettiva della relazione terapeutica.

Ma in questo campo non c'è dubbio che la teorizzazione forte e radicale, con cui confrontarsi, è quella di Massimo Fagioli in cui viene proposto il punto di congiunzione tra l'impostazione relazionale e quella pulsionale dove è la pulsione stessa che si dirige verso l'esterno come reazione ad uno stimolo che proviene dall'esterno inanimato.

Il punto di vista relazionale accetta che il neonato possa percepire uno stimolo esterno, quindi non c'è più l'autoerotismo, il narcisismo; tuttavia che dal bambino possa partire qualcosa verso il mondo esterno non viene concepito.

Inoltre se il bambino appena nato è in grado di percepire gli affetti della madre, perché, un attimo prima del rapporto con la madre, non può percepire gli stimoli esterni fisici che sono ben più violenti? Forse non si concepisce - suggerisce Fagioli cui è stata posta la domanda - che il neonato possa avere una reazione psichica a partire da uno stimolo fisico, da un fatto materiale (non spirituale) che cioè possa iniziare la sua attività fisica non da stimoli, affetti, psiche della madre (in cui si può nascondere sempre l'idea che il bambino dipende dalla psiche, cioè da qualcosa di spirituale) ma da uno *"schiaffo della natura"*.

C'è un residuo di spiritualismo? Forse a monte c'è l'ideologia che non ci può essere fusione tra psichico e fisico, che la materia possa determinare la psiche.

Eppure questa acquisizione dell'origine materiale della psiche è in grado di provocare accelerazioni vertiginose nella ricerca” (G. De Simone, 1994).

2.6 Il vissuto corporeo

Il corpo o soma è fondamentale nella costruzione dell'apparato psichico per il semplice fatto che non esisterebbe un apparato psichico se non ci fosse un corpo.

Ma in questo contesto non mi soffermerò sul rapporto psiche-soma, ma su come si costituisce il nostro vissuto corporeo, cioè come noi vediamo noi stessi: la costituzione dello schema corporeo è fondamentale per la costruzione dell'identità.

Per esprimere questa complessità vorrei riportare alcuni passi significativi di filosofi e psicologi che si sono occupati di questo problema.

James sostiene: “ogniquale volta due persone si incontrano ci sono in realtà sei persone presenti. Per ogni uomo ce n'è uno per come egli stesso si crede, uno per come lo vede l'altro ed uno infine per come egli è realmente” (James W., 1890).

Merleau-Ponty afferma: “Il corpo è l'unico mezzo che io ho per andare al cuore delle cose” (Merleau-Ponty M., 1970).

Schopenhauer ne "Il mondo come volontà e rappresentazione" così si esprime: “Se gli uomini fossero teste d'angelo alate senza corpo, la filosofia non disporrebbe del punto di appoggio che le permette di oltrepassare il mondo empirico, non potrebbe lacerare il velo di Maya” (Schopenhauer A., 1819).

E Nietzsche infine in "Così parlò Zarathustra" afferma: “Dietro i tuoi pensieri e sentimenti, fratello, sta un possente sovrano, un saggio ignoto che si chiama Sé. Abita nel tuo corpo, è il tuo corpo. Ai disprezzatori del corpo voglio dire una parola. Essi non devono, secondo me, imparare o insegnare ricominciando daccapo, bensì devono dire addio al proprio corpo, e così ammutolire” (Nietzsche F., 1883-1885; le citazioni sono tratte da N. Lalli, 1997).

Questi brevi accenni evidenziano chiaramente come dietro il problema dello schema corporeo si nasconda il tema centrale dell'uomo. Il corpo come *ambiguità dell'essere e dell'avere, ma anche come possibilità di conoscere, di agire, il corpo come incontro con l'altro, il corpo come sessualità che implica l'acquisizione di una specifica identità, ma anche come ingombro, come malato, come intralcio nel rapporto con gli altri.*

Il concetto di schema corporeo a lungo sarà appannaggio della neurologia e sarà utilizzato per spiegare alcune sindromi particolari come l'arto fantasma o la nosoagnosia.

Schilder ritiene che lo schema corporeo si costituisce infatti non solo sulla base delle sensazioni (cenestesiche, tattili, ecc.), ma soprattutto mediante l'integrazione di queste sensazioni con i vissuti esistenziali ed emotivi del singolo soggetto.

Ma l'elaborazione di Schilder nonostante il successo di cui godrà a lungo, non riesce a chiarire un fatto fondamentale: come avviene il passaggio “ ... dalla nozione neurologica di schema corporeo, alla nozione psicologica di immagine del corpo in cui entra in gioco tutta l'esistenza del soggetto” (Martinelli R., 1974).

Successivamente sarà la fenomenologia a tentare di delucidare questa complessa formazione: fra questi citerò solamente Merleau-Ponty.

Merleau-Ponty proponendo la fondamentale ambiguità del corpo, oscillante tra l'essere e l'avere, apre uno squarcio che supera sia la visione strettamente neurologica che quella psicologica astratta.

Merleau-Ponty cerca infatti una articolazione - nella dimensione fenomenologica - tra il biologico e lo psichico.

La struttura dell'essere al mondo è la *temporalità*: ed è per una dimensione temporale che i processi fisiologici e psichici si articolano e si legano.

Ed è in questa ottica che Merleau-Ponty propone la spiegazione dell'arto fantasma: “ ... il braccio fantasma è un vecchio presente che non si decide a diventare passato”. Ma se questa proposizione è certamente interessante, meno condivisibile è la proposizione di Merleau-Ponty circa lo schema corporeo.

“Lo schema corporeo anziché essere il residuo della cenestesia, ne diviene la legge di costituzione ... l'unità senso motoria del corpo è per così dire di diritto, essa non si limita ai contenuti effettivamente e casualmente associati nel corso della nostra esperienza, ma in un *certo modo li precede e rende appunto possibile la loro associazione*”.

Questa concezione sembra richiamare strutture categoriali di tipo kantiano e rinnegando la storicità dell'individuo ovverosia dell'importanza *non tanto delle strutture, quanto piuttosto dei rapporti interpersonali ai fini dello sviluppo*, sembra riproporre un modello di tipo biologico.

Più interessanti sono i contributi delle varie scuole che sottolineano invece l'importanza delle relazioni oggettuali nella formazione del Sé e quindi anche nella formazione dell'immagine corporea.

Fisher e Cleveland sviluppano una teoria relativa all'immagine corporea che sposta il problema *dall'immagine* alla modalità con la quale *l'individuo percepisce i propri confini corporei*. Tramite tests proiettivi (Rorschach - Inkblot test) definiscono due modalità espresse mediante un punteggio: il punteggio di *barriera* (indice dei confini corporei stabiliti) e il punteggio di *penetrazione* (indice dei confini corporei fragili).

Questa visione che dà fondamentale importanza alle prime pratiche di socializzazione del bambino, pur nella schematicità, ha una sua importanza. Infatti questa concezione permette agli autori di passare dal concetto di *immagine corporea* al concetto di *confini corporei*.

“Porre l'accento sui confini corporei significa valorizzare la rappresentazione simbolica di un limite che ha funzione di - immagine stabilizzatrice - di "envelope" proiettivo per la persona ... L'immagine di un limite ha funzione capitale nella economia e nella organizzazione psichica. Essa non è dunque una funzione mentale (come lo schema corporeo dei neurologi), ma ha una funzione psicologica di stabilizzazione sia nel rapporto dell'individuo a se stesso, sia nel rapporto dell'individuo con l'altro (ricordiamo che il problema della funzione dei confini corporei è legato a quello della differenziazione soggetto-oggetto, attraverso i primi contatti corporei con la madre, e che sono i soggetti schizofrenici quelli in cui si è riscontrata una maggiore disintegrazione dei

confini corporei stessi)” (Martinelli R., 1975).

Questa teorizzazione mi sembra interessante perché pur partendo da una metodologia diversa, è molto simile a quanto affermato nel mio lavoro e riportato nel paragrafo 2.3.

Schonfeld che si occupa dell'adolescenza, si interessa ovviamente anche alla trasformazione dello schema corporeo.

L'autore ritiene che esso nasce da un contesto psicosociale ed assolve ad una precisa funzione nell'economia psichica e nel processo di adattamento dell'individuo all'ambiente, *perdendo così ogni connotazione di struttura neurologica integrativa di dati sensoriali*.

A parte questo dato, a me sembrano rilevanti due osservazioni dell'autore circa l'importanza dei fattori sociali nella costruzione dell'immagine corporea dell'adolescente: “Come i genitori reagiscono ai mutamenti a livello corporeo e come il ragazzo interpreta queste reazioni. Fin dall'infanzia la madre comunica al bambino le sue attitudini nei confronti del corpo di lui attraverso il modo di stringerlo, di nutrirlo, di toccarlo; più tardi la sua approvazione o disapprovazione può essere espressa verbalmente. Il bambino costruisce, dunque, fin dai primi mesi di vita, l'immagine del proprio corpo facendo rientrare in essa la valutazione di quelli che si prendono cura di lui”.

Un secondo aspetto è che l'adolescente costruisce una *immagine ideale* “ ... osservando il proprio corpo con quello dei pari, identificandosi con persone che egli fisicamente ammira, recuperando le indicazioni che il suo ambiente culturale dà sulla bellezza e la prestanza fisica” (Martinelli R., 1975).

Da questi accenni molto sintetici, risulta chiaramente come il concetto di schema o immagine corporea si sia progressivamente evoluto attraverso una concettualizzazione che ha integrato fattori biologici, psichici e sociali

Bisogna quindi tener conto di tutta una serie complessa di parametri per cercare di delineare questo concetto così complesso, ma soprattutto tener conto che esistono due vissuti diversi che man mano si strutturano e si fondono: la percezione corporea e l'immagine corporea.

2.6.1 Dalla percezione all'immagine corporea

Nell'uomo esistono due fondamentali e distinti vissuti relativi al corpo: la percezione corporea e l'immagine corporea. Vissuti che debbono essere distinti sia per la diversa genesi, sia per il significato e la diversa importanza in ordine alla psicopatologia.

E' ovvio che i due vissuti variamente si integrano fra di loro: e per questo vengono confusi o considerati come analoghi. Ma per comprendere il concetto di percezione corporea, bisogna introdurre alcuni concetti teorici di riferimento.

Durante la gravidanza, il feto nel rapporto con il liquido amniotico sviluppa un investimento libidico legato appunto a questa situazione di rapporto. Alla nascita emerge la pulsione di morte come fantasia di sparizione con una dinamica ben precisa: da un lato tende a far scomparire il mondo esterno materiale, dall'altro attiva come immagine-ricordo la precedente situazione endouterina. Questa unione di carica libidica e di fantasia di sparizione costituisce la vitalità e si concretizza nella possibilità di dar luogo ad una prima immagine-ricordo, continuando successivamente a produrre *immagini interne che sono sempre immagini legate a situazioni di rapporto*.

La vitalità è quindi una dinamica biologica, psichica e relazionale ad un tempo. Nei primi mesi essa è estremamente fragile e quindi ha bisogno del supporto di valide relazioni oggettuali onde permettere la strutturazione di un apparato psichico sempre più valido, cioè sempre più capace di affrontare nel tempo i successivi rapporti e le connesse separazioni senza fantasie di sparizione contro l'oggetto. Ovverosia acquisire la capacità di rapportarsi - percepire - separarsi - ricordare. La percezione corporea è la percezione del nostro corpo vivente e finito (cioè con dei confini ben definiti) vissuto come *integrato e vitale*.

Ora mentre la vitalità è legata alla carica pulsionale libidica unita alla fantasia di sparizione, la costruzione dell'Io è legata alla possibilità di avere validi rapporti interpersonali che possano soddisfare il desiderio del bambino.

La patologia della percezione corporea si determina quando c'è una distorta situazione relazionale

che costringe il bambino ad operare un continuo meccanismo di scissione, il che comporta inevitabilmente una diminuzione o una perdita della *vitalità*, e quindi l'incapacità di mantenere la propria integrità.

Se vogliamo riferirci alla terminologia fenomenologica potremmo dire che la situazione normale corrisponde al vissuto del "corpo che sono" (Leib), quella patologica al vissuto del "corpo che ho" (Körper).

Questa percezione del corpo, positiva o negativa che sia, accompagna costantemente l'uomo nella sua vita; in alcuni momenti importanti esso può assumere un ruolo determinante in ordine al vissuto psichico: in modo particolare nel periodo dell'adolescenza.

La percezione corporea è quindi un vissuto che ha una genesi precoce e ben precisa.

A differenza dell'immagine corporea che si forma invece più tardivamente (nei primi anni di vita) e che si costruisce sulla base delle esperienze *percettive* dei corpi altrui vissuti dal soggetto nei diversi rapporti oggettuali. Se le immagini sono la rappresentazione mentale di percezioni, non è concepibile che possano essere le sensazioni interne a formare l'immagine corporea.

Le percezioni interne (cenestesi) non costituiscono immagine, bensì sono le percezioni esterne che danno luogo ad immagini e *queste si basano prevalentemente sulla vista e sull'udito*.

Ma perché questo accada sono necessari diversi passaggi ed apprendimenti da parte del bambino.

Infatti dapprima il bambino deve cominciare a riconoscere l'unità delle persone che gli sono vicine, pur nei loro cambiamenti.

Poi il bambino deve imparare a riconoscere le correlazioni tra immagini esterne ed espressioni mimiche dell'altro; ovverosia percepire l'intenzione dell'altro oltre la facciata. E deve collegare questa percezione con le proprie sensazioni interne affettive.

E' da questa associazione-fusione che si crea l'immagine corporea, che chiaramente è strettamente correlata con lo sviluppo psichico complessivo del soggetto.

Evidente che in questa ottica è importante non solo come il bambino si sente e si vede, ma anche e soprattutto come gli altri lo vedono, lo apprezzano e lo giudicano.

E' evidente che un precoce disturbo della percezione corporea inevitabilmente finisce per influenzare negativamente l'immagine del corpo: ma il fatto che i due vissuti siano interattivi non deve farli confondere.

Ed è soprattutto in quella fase che giustamente viene definita di seconda nascita - ovverosia la adolescenza - che queste problematiche possono riaffiorare e prendere diverse strade.

Sicuramente possiamo affermare che una distorta percezione corporea o della propria immagine corporea si manifesta sempre con un disagio psichico più o meno grave, più o meno evidente.

E' quasi la regola che negli adolescenti, quando l'immagine corporea tende a definirsi, il disagio psichico è molto spesso collegato al proprio corpo vissuto come non adeguato, ingombrante, pieno di difetti, comunque non corrispondente a ciò che si vorrebbe. Questo vissuto non costituisce necessariamente una patologia, ma può rappresentare solo una crisi momentanea. E per comprendere questa crisi adolescenziale dobbiamo inserire un terzo elemento che è *l'immagine corporea idealizzata*. Ovverosia oltre la percezione corporea che è collegata alla vitalità e l'immagine corporea che è collegata alla integrazione delle relazioni oggettuali (rispecchiamento empatico), esiste anche una immagine corporea interna che potremmo definire ideale o idealizzata e che è legata fundamentalmente a valori sociali e culturali: struttura questa più labile e meno importante delle prime due.

Come ben sappiamo la crisi adolescenziale fisiologica spesso è incentrata su di un vissuto negativo ed insoddisfacente della propria immagine corporea che ci fa comprendere che la conflittualità avviene tra l'immagine corporea, retaggio diacronico delle relazioni oggettuali e quella ideale che viene acquisita tramite il gruppo di appartenenza.

Nella maggior parte dei casi questa conflittualità si estingue per la fusione delle immagini quando l'adolescente, attraverso un cammino più o meno lungo, finisce con l'accettare una nuova specifica identità che è quella sessuale che segna il superamento dell'identificazione ed il passaggio ad una ulteriore fase evolutiva.

Questa dinamica ci permette di cogliere due aspetti fondamentali della correlazione tra percezione

corporea, immagine corporea e immagine idealizzata, e proporre una ipotesi di fondo.

Intanto possiamo affermare che l'immagine corporea idealizzata è quella meno importante e significativa proprio perché più tardiva e più legata a stereotipi sociali e culturali. Tanto che nella crisi fisiologica puberale, l'eventuale conflittualità con l'immagine corporea precedente viene rapidamente superata.

Ma questo avviene se esiste una solida, anche se non ancora ben definita, immagine corporea ed una sana percezione corporea.

Se invece una delle due, o peggio ancora ambedue, sono deboli o mal adattate il conflitto non solo è più complesso, ma può non risolversi affatto.

Sono i casi dove l'immagine idealizzata tende a prevalere o sostituire quella di base (perché debole o deficitaria) e ci troviamo di fronte alla patologia conclamata dell'adolescente che deve disperatamente identificarsi, *per imitazione*, con modelli più o meno falsi, imitandone spesso gli aspetti più negativi.

Molto sinteticamente possiamo ipotizzare tre livelli di patologia.

Un primo livello riguarda una alterazione della percezione corporea: alterazioni più o meno gravi e che si riscontrano in varie psiconevrosi e nella depressione. Questa errata percezione corporea è spesso legata a fattori conflittuali.

Un secondo livello è l'associazione con una concomitante alterazione dell'immagine corporea che nei casi più gravi può giungere fino a livelli di dispercezione delirante (l'anoressia psicogena).

Un terzo livello riguarda una frammentazione, più che una alterazione, dell'immagine corporea fino a giungere ad un dissolvimento dei confini dell'Io: è quanto osserviamo nelle psicosi schizofreniche.

2.7 La coscienza

La coscienza sul piano fenomenologico è stata poco studiata o perlomeno è rimasta ferma agli studi classici di W. James e di K. Jaspers: più approfonditi gli studi invece sul piano neurobiologico, ma che hanno spesso portato a sovrapporre e, quindi confondere, il concetto di coscienza con quello di

vigilanza.

La coscienza da una parte ha una estrema variabilità di espressioni e di manifestazioni, dall'altra può essere ricondotta ad alcune funzioni fondamentali che nel mutuo interscambio e nella copresenza, la costituiscono. Quindi nessuna di queste funzioni, considerata isolatamente, può farci comprendere la coscienza, perchè la non presenza di tutte le funzioni necessarie, rende impossibile lo stato di coscienza.

La prima, in ordine di importanza e genetico, è la vigilanza, che è il “tono di fondo inviato dalle strutture reticolari alla neocortex”. Questo tono, serve a mantenere viva l'attenzione del soggetto verso il mondo esterno. La vigilanza di una persona normale può andare da un massimo (stato di allarme) ad un minimo (sonnolenza), per giungere ad una situazione (sonno) ove non è evidenziabile ma è potenzialmente evocabile, in seguito a stimoli adeguati. Pertanto dobbiamo considerare che la vigilanza non viene mai meno totalmente, salvo casi di gravi patologie che momentaneamente (intossicazioni) o stabilmente (danni cerebrali), compromettono questa funzione, fino ad abolirla totalmente nello stato di coma.

La seconda funzione è la memoria che fornisce i contenuti mentali dello stato di coscienza. I contenuti mentali possono essere vari, e sono evocati dall'attenzione selettiva che è strettamente legata alla necessità da parte del S.N.C. di selezionare, già a livello talamico, la enorme quantità di sensazioni alle quali siamo soggetti.

Ma a parte questa selezione che potremmo definire non cosciente, quindi a livello più neurofisiologico che psicologico, c'è una attenzione selettiva che ci porta a scegliere, a mettere a fuoco certi contenuti mentali particolarmente interessanti per noi in quel momento.

L'attenzione selettiva determina il campo della coscienza che come un campo visivo può essere molto ampio, ma poco definito, o viceversa molto definito, ma poco ampio.

In fine ultima funzione fondamentale è l'autoconsapevolezza: essa è sempre presente, anche se non siamo sempre “consapevoli” di questa funzione. L'autoconsapevolezza è la capacità, mentre attiviamo e focalizziamo percezioni o contenuti di memoria, che siamo consapevoli che sono “io” a compiere questa operazione e sono “io” che ricevo e che elaboro i dati contenutistici della memoria o delle percezioni. Come dicevo prima è la presenza e l'interazione di queste funzioni che determinano la complessa attività, predominante nello stato di veglia, che definiamo coscienza.

La sindrome “apallica” è un chiaro esempio di come la mancanza di una di queste funzioni rende impossibile l'attività della coscienza. La sindrome “apallica” o “coma lucido” è una sindrome derivante da estese lesioni della corteccia cerebrale. In questi casi è conservata la vigilanza, come è

dimostrato dalla persistenza del ritmo sonno-veglia, ma anche una modesta attenzione come si evince dalla reattività del soggetto a particolari stimoli indice non di reattività automatica, come il volgere gli occhi alla voce di persone conosciute, ma non ci sono più contenuti mentali. In questi casi si parla infatti di “vigilanza senza coscienza”.

Questa complessità della coscienza è stata comparata ad un campo composto di memoria, sensazioni, ricordi, percezioni, stato d’animo, un campo non immobile, ma che fluisce nel tempo. E’ quanto W. James definiva come “flusso di coscienza”.

Credo che a questo punto sia utile cercare di capire come ed in che modo si strutturi generalmente l’attività che noi definiamo “la coscienza”.

Se siamo convinti che alla nascita il bambino ha già un Io ed una attività psichica, se riteniamo che è presente una dimensione inconscia come retaggio ricordo del precedente rapporto con il liquido amniotico, credo che sia evidente l’impossibilità che ci sia uno stato di coscienza così come è stato descritto.

E’ evidente perchè questa complessa funzione possa costituirsi che il bambino deve acquisire la capacità di discernere le sensazioni propriocettive da quelle esterne, avere la capacità di distinguere chiaramente tra Io e non-Io, possedere una capacità di visione nitida, la capacità di trasduzione delle percezioni ed una attività associativa funzionante.

Ipoteticamente possiamo pensare che tutto questo avvenga intorno al V mese di vita.

Mi baso per questa ipotesi, fondamentalmente su alcuni dati sicuramente accertati:

- a) intorno al V mese di vita, il processo di maturazione neurologica è abbastanza avanzato tale da permettere un’attività associativa corticale sufficientemente valida;
- b) sempre intorno a questo periodo, la capacità visiva del bambino è quasi normale, egli riesce ad avere una visione chiara e distinta degli oggetti;
- c) in questo periodo avviene la completa strutturazione del ciclo del sonno e quindi una alternanza sonno-veglia qualitativamente uguale a quella dell’adulto, anche se quantitativamente diversa.

Infatti intorno al V mese il sonno REM che ha prevalso nei primi mesi tende a diminuire, mentre la fase NREM acquisisce il III e IV stadio che configurano lo stadio ad onde lente (SWS) che è fondamentale non solo per il riposo, ma anche per la crescita, perchè è in questo periodo che si ha il maggior rilascio di ormone della crescita.

A questo punto la funzione del sonno REM acquista sempre più la sua specificità, dal momento

che il sonno NREM assolve alle funzioni di reintegrazione. E ricordiamo inoltre che soprattutto in questa fase i numerosi studi sul ricambio del RNA hanno dimostrato, il consolidamento della memoria avviene proprio durante la fase REM.

Quindi c'è una progressione evolutiva sia psicologica che biologica.

d) in questo periodo sembra che si raggiunga una definizione-distinzione ed una integrazione, tra esperienze propriocettive e percezioni visive ed uditive.

Il che significa che prima di questo periodo c'è una predominanza delle esperienze propriocettive, che sono alla base di quello che ho definito Io somatico, rispetto a quelle visive ed uditive.

In altri termini dobbiamo pensare che fino al IV mese, il bambino non sia in grado di distinguere nettamente le percezioni interne ed esterne e questa “non distinzione” potrebbe comportare una sovrapposizione tale da non rendere possibile la distinzione tra Io e Non-Io, cioè tra soggetto e mondo esterno.

Possiamo cioè ipotizzare che al V mese, in concomitanza di una maturazione biologica e psicologica e di una strutturazione definitiva del ciclo veglia-sonno, il bambino sia in grado stabilmente di distinguere prima e di interagire poi, le esperienze propriocettive con quelle uditive e visive.

Inoltre l'integrazione tra percezioni uditive e visive (quindi l'integrazione tra suono ed immagine) costituirà la matrice del linguaggio. Questo processo di integrazione sarà poi presente per tutta la vita, perlomeno per quanto riguarda lo stato di veglia.

Il che può far ritenere che lo stato di sonno possa comportare invece una sorta di regressione ad uno stadio di pre-integrazione. Con l'addormentamento, inibite le vie sensoriali uditive e visive, ci sarebbe un prevalere di quelle propriocettive che avendo però immagini e suoni a disposizione (memoria), potrebbero essere utilizzate con modalità molto simile a quella della percezione transmodale tipica dei primi mesi di vita.

2.8 L'identità

L'identità è una istanza psichica della quale generalmente non si è consapevoli, se non per un processo di attenzione selettiva, che si forma nel corso del processo evolutivo, dall'integrazione tra immagine corporea, autoriconoscimento, autoconsapevolezza e senso di continuità del proprio essere pur nel variare degli eventi.

L'identità è strettamente collegata con la progressiva capacità del bambino di riconoscere gli adulti,

di sentirsi riconosciuto e di riconoscersi.

Mi soffermerò soprattutto se questi due ultimi aspetti.

Il bambino possiede strutture motivazionali, anche biologicamente predisposte, che lo portano a cercare il rapporto, il soddisfacimento e l'essere riconosciuto come entità autonoma. La capacità del bambino, già ad 8 - 10 giorni, di "agganciare" lo sguardo della madre, è uno degli aspetti più significativi di questa fondamentale esigenza di relazione da parte del neonato.

Le funzioni *primarie* di accudimento da parte dell'adulto si attuano attraverso una *condivisione* ed una *empatia*, mediate dai canali non verbali (come la comunicazione non verbale e la dinamica inconscia) e che si manifestano come *disponibilità* ad accogliere le esigenze del bambino.

Questa disponibilità non può essere totale: la madre deve essere vicino al bambino, rassicurarlo e predisporre un ambiente tale che lo induca ad esplorare.

Emde riferisce un particolare tipo di disponibilità emozionale della madre come quando essa, pur svolgendo le proprie attività, è attenta al richiamo del bambino: una disponibilità, così concepita assicura al bambino una *esplorazione ottimale, in un orizzonte di sicurezza*.

Dopo la nascita il bambino, anche per la progressiva maturazione sia dell'apparato recettivo periferico sensoriale che di quello centrale (S.N.C.), riesce pian piano a riconoscere il volto della madre e poi dei familiari: il che avviene intorno ai 6 mesi. La capacità di riconoscere riguarda sia la realtà materiale che l'immagine allo specchio: come si evidenzia dalla reazione di giubilo alla comparsa del viso ormai noto, o la reazione di stupore, se l'immagine scompare.

Perché il bambino possa *riconoscere se stesso* nell'immagine allo specchio, occorreranno ben altri 18 mesi: cioè dovrà raggiungere l'età dei due anni.

Intorno ai 12 mesi la reazione del bambino, messo di fronte ad uno specchio, è quella di cercare di toccare l'immagine riflessa, come se si trovasse di fronte a un altro bambino.

Dopo i 12 mesi il bambino posto davanti allo specchio, mostra un comportamento singolare: comincia ad osservare parti mobili del proprio corpo, come le mani e subito dopo l'immagine di queste parti nello specchio: questo può essere considerato un primo abbozzo di riconoscimento di se stesso.

Intorno ai 20-22 mesi questo comportamento scompare ed appare un fenomeno singolare: il bambino si guarda globalmente, ma mostra una reazione di evitamento, una riluttanza a guardarsi, come se percepisse qualcosa di assolutamente di nuovo: l'immagine di un qualcuno che compie esattamente gli stessi movimenti che lui compie.

Questa reazione di evitamento è dovuta ad una elevata consapevolezza cenestesica: il bambino è perplesso di fronte ad un altro che fa esattamente i suoi movimenti. Il che fa pensare che il bambino a questa età, possieda già una precisa concezione del suo corpo, mentre non ha ancora la concezione dello spazio virtuale, come si evidenzia dal fatto che a questa età è ancora presente il fenomeno dell'aggiramento. Ovverossia il bambino dopo essersi guardato allo specchio, va ad esplorare dietro lo specchio, per vedere se c'è qualcuno.

L'evitamento e l'aggiramento scompaiono nell'arco di 1-2 mesi ed in genere all'età di 24 mesi, il bambino acquisisce la capacità a riconoscere se stesso allo specchio. In questa occasione ricompare il giubilo già apparso a 6 mesi, se il bambino osserva l'immagine del familiare allo specchio.

La veridicità di questa particolare capacità a 24 mesi, è dimostrato da alcune prove: la più interessante è la prova della macchia.

Se al bambino viene messa una macchia di colore sul viso, prima dei 20-22 mesi egli cerca di togliersela, pulendo l'immagine allo specchio. A 24 mesi invece il bambino *vedendo la macchia sul viso riflessa nello specchio, passa la mano sul suo viso.*

Questo comportamento comunque non indica la formazione del concetto di *spazio virtuale*; infatti se il bambino viene messo davanti allo specchio, ed alle spalle sopraggiunge un familiare, nel vedere l'immagine, il bambino tende ad avvicinarsi allo specchio. All'età di 30 mesi invece tenderà a girarsi, per guardare alle sue spalle. Quindi a questa età il bambino ha una piena consapevolezza dello spazio, sia reale che virtuale e possiamo ritenere che tenda a strutturare anche un concetto molto preciso della propria identità. Oppure possiamo dire che l'emergenza dell'identità gli permette di collocare l'altro da sé correttamente nello spazio materiale, il che implica un chiaro concetto di definizione di Io e di differenza tra Io e Non-Io.

E' evidente che l'operazione del riconoscimento di se stesso non sorge all'improvviso, ma è frutto di un lungo processo di elaborazione: ed inoltre bisogna tener presente che questo processo può essere sottoposto a ulteriori *rimaneggiamenti*, sia per eventuali deficit, ma anche per l'acquisizione di nuove capacità. La prova più evidente è l'esperimento con il video.

Il bambino viene ripreso da una telecamera e vede la sua immagine sul video. Questa immagine ha una caratteristica: è antispeculare.

All'età di 24 mesi il bambino si riconosce allo specchio come al video.

Più tardi, in genere verso i 4 anni, il bambino può mostrare qualche difficoltà a riconoscersi al video.

Come mai? E' una regressione? Secondo R. Zazzo non si tratta di una regressione, ma questa

reazione è dovuta all'acquisizione di maggiori capacità osservative e critiche del bambino. Ovverossia il bambino che a 24-30 mesi si riconosce globalmente, soprattutto sulla base di una sua immagine corporea, successivamente acquisisce una capacità discriminativa ulteriore che gli fa notare, e quindi per un po' di tempo con un certo imbarazzo, che la sua immagine è antispeculare.

Questa osservazione pone un problema centrale dello sviluppo psichico. *Cioè non solo che una funzione si sviluppa per gradi, ma soprattutto che una funzione sviluppata, può essere momentaneamente messa in crisi, per il sopraggiungere di funzioni più elevate.*

Questa nuova acquisizione, l'identità, può essere messa a dura prova, se l'A.S. non riesce ad accettarla e favorirla e può essere sicuramente messa in crisi se l'A.S. nega questa dimensione del bambino.

Oppure l'identità può continuare a svilupparsi in una fisiologica "opposizione" agli adulti: fino a giungere a compimento con la fase adolescenziale che comporta una ulteriore crescita.

Pertanto possiamo dire che l'identità nasce con la formazione della percezione all'immagine corporea e con il riconoscimento di se stesso, e prosegue nel tempo soprattutto come autoconsapevolezza e come continuità di se stessi, pur nel variare degli eventi, sia psichici che somatici.

Secondo E. H. Erikson lo sviluppo dell'individuo può essere formulato proprio in termine di una sempre maggiore crescita del senso di identità; per altri autori, invece, non esisterebbe un senso di identità che sarebbe un puro costrutto artificiale.

Ritengo più valida la prima ipotesi e l'importanza di questa istanza risalta evidente dalla psicopatologia, proprio quando questo senso di identità viene messo in crisi.

Pertanto ritornerò su questo argomento nel Capitolo riguardante la Psicopatologia (vedi Cap. ...)

3. Modello di sviluppo: dal carattere normale al patologico

Nel corso dello sviluppo il bambino deve attraversare una serie di crisi, che rappresentano momenti ove viene messa in discussione la struttura e la modalità relazionale di quella specifica fase, per una situazione maturativa e più evoluta.

Queste crisi, tappe fondamentali dello sviluppo, sono innescate anche dalla progressiva maturazione biologica del bambino che sviluppa nuove potenzialità e capacità, rendendo anacronistiche quelle

precedenti.

Le tappe di sviluppo fondamentali, dopo quella della nascita sono:

- a) Riconoscimento dell'oggetto come unico: ovverosia il passaggio del rapporto da oggetto parziale ad uno totale. E' in questa fase che compare l'angoscia per la perdita dell'oggetto (6-8 mesi).
- b) Svezzamento. Questa fase corrisponde non tanto ad un fatto materiale, quanto piuttosto al passaggio da una fase di totale dipendenza ad una di maggiore autonomia, favorita anche dalla maggiore capacità espressiva verbale legata all'acquisizione del linguaggio (8-10 mesi).
- c) Fase esplorativa: è la capacità di movimento, di deambulazione che permette al bambino di allontanarsi attivamente dall'oggetto, ma di poterne però individuare la presenza, mediante il richiamo e l'ascolto (12-18 mesi).
- d) Individuazione: il bambino comincia a distinguere nettamente l'Io dal non-Io e soprattutto comincia ad esprimersi in prima persona, usando il pronome Io, e a riconoscere l'immagine di se stesso allo specchio come propria (18-24 mesi).
- e) Conoscenza del diverso: il bambino scopre di essere fisicamente e poi psichicamente diverso. E' una crisi fondamentale per lo sviluppo e l'identità psichica e sessuale (2-3 anni).
- f) Incontro con l'esterno: conoscenza di una nuova realtà, quella sociale e quindi accettazione di un mondo diverso da quello familiare (3-5 anni).

Questi anni sono sicuramente importanti e fondamentali per la struttura del carattere: è ovvio che la possibilità di un ulteriore crescita e di cambiamento rimane sempre aperta e possibile. Però dobbiamo ritenere che le strutture basilari, normali o patologiche, nell'arco di questi anni sono formate.

Dai 5 anni in poi possiamo ritenere in linea di massima, che non ci siano più crisi fondamentali bensì una fase di quiescenza che permette al bambino l'acquisizione e l'apprendimento di sempre più complesse strutture conoscitive e di nuove capacità. E' questa la fase dello sviluppo delle competenze sociali, delle capacità relazionali, l'apprendimento di categorie logiche sempre più complesse, l'acquisizione dei valori e degli ideali. E' ovvio che questo processo è tanto più

facilitato quanto più ci troviamo di fronte a una struttura di un carattere normale.

g) Pubertà: intorno ai 10-12 anni si presenta l'ultima fondamentale crisi che è la pubertà. La modificazione somatica più o meno rapida rimette in discussione le strutture psicologiche precedentemente consolidate. E alla pubertà seguirà quella delicata fase che è l'adolescenza (vedi Cap. ...) che con l'assunzione di una identità sessuale rappresenta anche la fine dei grandi cambiamenti psicologici e l'apertura completa verso la vita come avventura autonoma e irripetibile. Le crisi comunque non debbono essere considerate come un momento puntiforme, ma come una fase che può essere più o meno lunga: comunque è una fase ove (come l'etimologia indica) ci deve essere una scelta, tra la sicurezza della situazione attuale e l'avventura verso una situazione nuova e quindi sconosciuta.

Le crisi rappresentano quindi momenti decisivi perché implicano una scelta, sulla quale influiranno vari fattori:

- a) Situazione complessiva di sviluppo psichico: le crisi quindi non sono legate a particolari e parziali zone erogene, ma alla intera organizzazione psichica del bambino;
- b) Acquisizione di nuove capacità, collegate alla maturazione biologica del bambino.
- c) Importanza e significatività dell'A.S. sulla possibilità o meno di affrontare le crisi. Per esempio l'insorgenza di specifiche e non risolte conflittualità dell'A.S. possono paralizzare l'evoluzione del bambino. Come esperienza paradigmatica potrei riportare l'esperienza dell'asilo, ove se l'ansia del bambino di allontanarsi da un ambiente protettivo, si unisce alle angosce di abbandono da parte dell'A.S., l'insieme può rendere al bambino difficile o impossibile superare la crisi.

Quindi la crisi, va concettualizzata come momento ove convergono le dinamiche relazionali e i precedenti stadi di sviluppo del bambino.

E per i primi anni è evidente l'importanza dell'A.S., sull'evoluzione del bambino.

Infatti se la dinamica di rapporto da parte dell'A.S. è intrisa di ostilità, indifferenza, in una parola di non gratificazione delle esigenze e del desiderio, il bambino inevitabilmente va incontro ad una delusione, che se ripetuta nel tempo, genera un affetto di rabbia.

Ma la rabbia non può essere vissuta troppo a lungo, perché penosa e pericolosa per l'equilibrio del bambino. Pertanto il bambino è costretto ad operare una scissione ed una rimozione.

Il bambino deve quindi scindere questa situazione unitaria, ma fragile, dell'Io-pelle. Si costituisce così una situazione molto precisa: l'Io-pelle tende ad irrigidirsi e diventare corazza caratteriale, l'inconscio originario tende a diventare sempre meno "osmotico" e meno accessibile, mentre sulla base delle scissioni e rimozioni si costituisce l'inconscio rimosso.

Ovverosia la scissione ha portato inevitabilmente alla rimozione dell'affetto rabbia, che si trasforma nella dinamica della bramosia: il bambino fantastica di introiettare l'oggetto frustrante, per poterlo controllare.

Sottolineo ancora una volta che è l'oggetto frustrante che comporta l'introiezione: un oggetto gratificante non ha bisogno di essere introiettato. Ma l'introiezione comporta l'angoscia del danneggiamento e della perdita dell'oggetto: si comprende quindi, perché in questa situazione, ogni separazione è vissuta come abbandono-morte. Inoltre la ripetitività di questa dinamica con la formazione di oggetti interni, e non invece di ricordi e fantasie, comporta un incremento dell'inconscio rimosso.

Ma accanto alla rabbia, può emergere anche l'odio; anche in questo caso l'affetto, ritenuto troppo lesivo, si trasforma in una dinamica più complessa che è l'invidia che si esplicita attraverso il meccanismo della negazione. Ed è sulla base della negazione che saranno poi possibili le proiezioni, ovverosia il mettere sull'altro, quelle identificazioni, operate attraverso l'introiezione.

Quindi come si vede le due dinamiche: bramosia e invidia, sono strettamente collegate, ed ambedue concorrono sia ad alterare il rapporto con la realtà, sia alla formazione della corazza caratteriale.

In questa situazione si forma una ulteriore struttura, con funzioni bloccanti e punitive, che è il Super-Io.

La formazione del Super-Io deriva dall'introiezione di dinamiche punitive, più che normative, provenienti dall'ambiente culturale e mediate dai genitori o da altre figure significative.²

²Mantengo la dizione di Super-Io, solo per una più facile comprensione. In

Il Super-Io si differenzia nettamente dall'Io ideale, perché ha funzioni non evolutive, ma punitive e colpevolizzanti, aumentando quindi una già presente tendenza alla rigidità ed al blocco.

Si arriva così alla formazione di un contenitore rigido, che è la trasformazione patologica dell'Io-pelle. Contenitore che ha una duplice funzione: quella di impedire una ulteriore recettività e quella di contenere gli oggetti interni.

Questo contenitore rigido, questa "corazza caratteriale" che si stabilizza nel tempo, costituisce il *carattere nevrotico* di cui, brevemente, riassumerò la genesi.

La presenza di problematiche *frustranti* ed *iterative* vissute nella relazione con l'A.S. da parte del bambino, comporta che questi non potendo realisticamente cambiare la situazione esterna, deve attuare una modificazione *autoplastica*. Modificazione autoplastica che seppur comporta una perdita in termini di sviluppo, recettività e creatività, permette al bambino di affrontare-sopportare comunque la situazione esterna frustrante.

Questa modificazione è legata all'insorgenza dell'angoscia attivata dalle dinamiche pulsionali negative dell'A.S.. L'angoscia comporta la messa in atto di una serie di meccanismi difensivi: in primo luogo la rimozione che rende inconscia la situazione problematica, trasformando così il problema in *conflitto*.

Il conflitto è pertanto l'esito della trasformazione di un problema interpersonale irrisolvibile (o comunque irrisolto), in una dinamica inconscia che ha prevalentemente carattere difensivo.

La diversa configurazione delle dinamiche istintuali in gioco unita alla peculiarità ed alla predominanza dei meccanismi difensivi utilizzati, dà luogo a diversi tipi di carattere nevrotico, esito finale e visibile, di una situazione conflittuale che rimane invece inconscia.

Il concetto di carattere nevrotico oltre a spiegare la genesi e la diversità delle varie psiconevrosi, spiega anche la possibilità, che evidenziamo continuamente nella clinica: avere sintomi simili in psiconevrosi pur diverse tra loro. Proprio perché l'uso di meccanismi difensivi può essere comune a

effetti il Super-Io è l'insieme delle introiezioni, e le introiezioni sono oggetti interni derivanti da situazioni relazionali frustranti. Quindi il Super-Io non è una struttura unitaria, bensì un insieme di oggetti.

diverse attività difensive.

E' sulla base di questa constatazione che ho diviso le psiconevrosi in due grandi circoli: quello della bramosia e quello dell'invidia.

Questa suddivisione in due grandi categorie può sembrare un passo indietro (si pensi alla teoria di P. Janet o ai due tipi caratteriali di E. Kretschmer). In effetti è il tentativo di spiegare una evidenza clinica: la possibilità di trovare sintomi comuni in psiconevrosi diverse. Inoltre è un tentativo di evitare la parcellizzazione di queste sindromi, ridotte a un puro agglomerato di sintomi, come avviene nel DSM-IV. Ed infine elimina l'ambiguità della cosiddetta personalità premorbosa che è una contraddizione logica e clinica. Infatti questo termine o indica una personalità normale ed allora bisogna spiegare come e perché si sviluppano i sintomi; oppure indica una personalità con tratti già patologici ed allora il concetto di pre-morboso è assolutamente incongruo.

Il carattere nevrotico è di per sé una struttura instabile perché rappresenta l'esito del compromesso tra pulsioni, desiderio, ansia e meccanismi difensivi.

Il carattere nevrotico può rimanere tale per tutta la vita costituendo così uno stile di vita, oppure può scompensarsi e per motivi diversi.

Motivi intrapsichici (aumento dell'ansia, diminuzione della validità dei meccanismi difensivi ecc.), motivi interpersonali (situazioni esistenziali frustranti, delusioni ecc.) o anche per motivi biologici (malattie organiche, fasi particolari del ciclo della vita ecc.). La rottura di questo equilibrio comporta l'assestamento della personalità ad un livello sicuramente di minore efficienza, perché il soggetto dovrà mettere in atto ulteriori meccanismi difensivi che porteranno alla formazione dei sintomi specifici delle diverse psiconevrosi.

Sintomi che hanno quindi una genesi precisa e un ben preciso significato nell'economia dell'individuo, rappresentando un ulteriore compromesso del paziente: siamo così alla psiconevrosi sintomatica (N. Lalli, 1988-1991).

4. Stato e struttura: veglia - sonno - sogno

Dobbiamo distinguere nettamente il concetto di struttura che comporta l'organizzazione e l'esistenza di un apparato specifico abilitato a una o più funzioni, dal concetto di stato che indica invece la modificazione di una funzione. L'esempio più classico di stato è il sonno, che come ben sappiamo non è una struttura specifica, ma sopraggiunge per la modificazione di un particolare assetto (stato) del Sistema Nervoso Centrale.

I tre stati fondamentali della mente, collegati a specifiche situazioni funzionali del S. N. C., si alternano ciclicamente dando luogo alla veglia, al sonno e al sogno.

La veglia, che comporta lo stato di coscienza rende possibile la conoscenza, il movimento, il pensiero: in altri termini tutta la complessa attività di conoscenza e di esplorazione del mondo.

Il sonno N-REM o sonno profondo, comporta la possibilità di reintegrare le energie utilizzate durante la veglia.

Il sonno REM comporta il sogno e quindi la possibilità di creare nuove immagini, selezionare idati della memoria, far emergere in maniera evidente l'inconscio.

E' molto singolare che quando si descrive la struttura psichica dell'individuo si dimentica che ognuno di noi è sottoposto a questa alternanza quotidiana che rappresenta l'oscillazione tra la stabilità e il cambiamento.

Quindi non solo dobbiamo considerare questi tre stati della mente nella loro genesi e nel loro evolversi, ma anche nel quotidiano ove queste oscillazioni sono responsabili non solo dello stato di benessere fisico e psichico, ma anche del mantenimento e del cambiamento delle strutture psichiche.

Pertanto esamineremo nell'ordine questi tre stati: veglia, sonno, sogno. (Per ulteriori approfondimenti su questo specifico problema si rimanda a N. Lalli, A. Fionda "L'altra faccia della Luna. Il mistero del sonno, I problemi dell'insonnia", Liguori, Napoli, 1994)

Veglia, sonno profondo (o sonno N-REM), sonno desincronizzato (o sonno REM) sono tre stati diversi, ma strettamente integrati, della complessa attività del S.N.C. e rappresentano il continuum vitale dell'uomo.

Prima di descrivere le loro diversità fenomenologiche e funzionali, debbo sottolineare che questi tre stati sembrano sottomessi ad una regola fondamentale che si potrebbe definire "della separazione e della non interferenza".

Nella normalità infatti, questi stati sono nettamente separati l'uno dall'altro, il passaggio avviene in maniera graduale e codificata da particolari meccanismi neurofisiologici che tramite la loro attivazione o disattivazione, impediscono qualsiasi interferenza o sovrapposizione.

Nella patologia questa regola viene meno, tanto da ritenere che la sovrapposizione o l'interferenza tra questi stati, possa essere considerato segno patognomonico di disfunzionamento mentale.

Ne citerò due per esemplificare. Da una parte la narcolessia la cui genesi è legata alla netta riduzione del tempo che intercorre tra la fine dello stato di veglia e l'inizio della fase REM: arco di tempo definito "latenza REM" e che nell'uomo ha una durata media di 70'-80'. Questo passaggio, nella narcolessia, avviene invece d'emblèe, creando i tipici segni del disturbo: l'incoercibile sonnolenza e la caratteristica atonia muscolare.

Dall'altra le allucinazioni del delirium tremens che sono dovute ad una sovrapposizione della fase REM, durante lo stato di veglia.

Lo stato di veglia è caratterizzato da attenzione, autoconsapevolezza e possibilità di compiere azioni altamente finalizzate.

Affinché si realizzino queste funzioni è necessario che il S.N.C. si trovi nelle seguenti condizioni:

- a) integrità della corteccia cerebrale, metabolismo cerebrale implicante un maggior consumo di glucosio ed attività elettrica cerebrale rapida e di basso voltaggio (onde alfa e beta);
- b) attivazione di tutta una serie di apparati sottocorticali, dal bulbo all'ipotalamo, che sono influenzati ed influenzano la corteccia (tono di base che determina la vigilanza);
- c) contemporanea inibizione di alcuni meccanismi deputati al sonno, in primo luogo il sistema ponto-genicolo-occipitale (PGO).

"Anatomicamente il sistema di veglia è costituito da una rete di neuroni situati nella formazione reticolare mesencefalica. Durante la veglia questi neuroni eccitano la corteccia per mezzo di neurotrasmettitori, in particolare l'acetilcolina: essi stessi ricevono un innervamento noradrenergico che proviene in particolare dal locus coeruleus. Tutto funziona come se numerosi meccanismi di controllo impedissero al sonno di sopraggiungere durante la veglia e l'inizio del sonno. I due meccanismi di controllo più importanti sono posti sia in una parte del sistema di veglia (locus coeruleus), sia al livello del sistema del raphe dorsalis (che è attivo durante la veglia,

l'addormentamento e il sonno leggero)" (J. A., Hobson).

Comunque affinché avvenga il passaggio dalla veglia al sonno N-REM, sono necessarie almeno due condizioni fondamentali: l'attivazione del ritmo circadiano e l'assenza di forti stimolazioni sensoriali.

Le caratteristiche del S.N.C. durante il sonno N-REM sono:

- 1) l'attività corticale si modifica fino a costituirsi come un tracciato di onde lente e di fusi;
- 2) una marcata diminuzione del consumo di glucosio e di ossigeno della corteccia cerebrale, mentre le riserve energetiche si accumulano nella glia, sotto forma di glicogeno;
- 3) l'inibizione dei centri aminergici.

Sul piano fenomenologico questo stato comporta una riduzione pressochè totale della vigilanza e della coscienza, riduzione del tono muscolare e della recettività agli stimoli esterni. Possono comparire attività mentali caratterizzate da un pensiero lucido astratto, in genere privo di immagini.

Siamo così arrivati all'aspetto più complesso, che è il sonno desincronizzato o paradosso (o sonno REM) con le seguenti caratteristiche:

- 1) L'attività corticale è mostra un tracciato EEG molto simile a quello della veglia.
- 2) L'attività metabolica cerebrale è aumentata notevolmente.
- 3) Una serie di parametri biologici fondamentali subiscono profonde variazioni: come l'inibizione attiva del tono muscolare e la caduta della omeotermia.
- 4) Si attiva il sistema PGO.
- 5) Inoltre è fondamentale, perché si instauri la fase REM, la presenza di una situazione di estrema sicurezza e tranquillità come risulta dagli studi di M. Jouvet.

"Si vede che il sogno è possibile solo dopo la verifica di numerosi sistemi di sicurezza: questa protezione sembra molto adeguata, perché il sonno si accompagna ad un aumento della soglia della veglia e ad una paralisi quasi totale. Sordo, cieco, paralizzato, l'animale diventa molto vulnerabile: non può sognare se non è al sicuro". (M. Jouvet)

"Questa nozione di sicurezza è importante ed esplicita in parte le variazioni della durata del sogno in differenti specie: gli animali cacciati, che sono raramente al sicuro, dormono poco, il loro sonno è molto leggero e la durata totale dei periodi di sonno paradosso non eccede i 15-20 minuti nelle 24 ore; invece i cacciatori (carnivori) ed il gatto domestico, quando è perfettamente al sicuro e non deve cacciare per nutrirsi, dormono molto e la durata del sonno paradosso può superare i 200 minuti

ogni 24 ore" (M. Jouvet).

E' utile sottolineare questi due aspetti. Il sonno paradossale è protetto da una serie di passaggi, quasi a significarne l'estrema importanza, ma anche l'estrema vulnerabilità e che una situazione di sicurezza influenza favorevolmente la durata del sonno REM. Mi sembra interessante e possibile poter collegare quest'ultima peculiarità con la fase endouterina, che sicuramente rappresenta nell'uomo, il massimo di protezione e di sicurezza rispetto a fattori traumatici esterni.

Poiché la fase REM che è presente stabilmente solo nei mammiferi, è collegata con la produzione onirica, dobbiamo cercare, a questo punto, di comprendere quale possa essere il significato dell'attività onirica sul piano evoluzionistico.

Abbiamo già descritto quali sono i fenomeni caratteristici di questa fase: attività cerebrale rapida, simile a quella della veglia; completa inibizione del tono muscolare; presenza di rapidi movimenti oculari; recettività per gli stimoli interni nettamente aumentata rispetto alla fase NREM; incremento del metabolismo cerebrale e attivazione del sistema PGO.

Ma il dato più singolare è la caduta della regolazione omeostatica in genere, di quella omeotermica in particolare.

E' questo uno dei dati meno comprensibili che fa dire a M. Jouvet: "... non si capisce come il sogno possa costituire un vantaggio evolutivo, dal momento che corrisponde allo stato in cui l'animale è più vulnerabile: lo stato di sogno è in effetti il momento più pericoloso del ciclo a tre tempi sonno-veglia-sogno, poiché il cervello chiude la porta al mondo esterno, e dunque agli eventuali pericoli, per aprirsi ad un programma endogeno".

Questa singolarità, quindi inspiegabile in termini evoluzionistici, deve però essere compresa, altrimenti si rischia di perdere in gran parte il significato della fase REM. Ma soprattutto deve essere compreso perché mai in questa fase, viene meno il meccanismo di autoregolazione della temperatura corporea, che è un meccanismo fondamentale di sopravvivenza per gli animali omeotermi, che sono animali molto più evoluti dei poichilotermi quindi potremmo dire "regrediscono"?

Perché mai gli animali omeotermi, durante la fase REM, si trasformano, momentaneamente, in poichilotermi?

Per fornire una possibile ipotesi esplicativa bisogna tener presente una ulteriore differenza fondamentale: mentre per gli animali poichilotermi, i neuroni continuano a riprodursi, negli animali omeotermi i neuroni non solo non si riproducono dalla nascita in poi, ma dai 20 anni in poi, inizia una loro fisiologica distruzione.

Questa specificità anatomica, sembrerebbe essere penalizzante e comportare, per gli animali omeotermi, una minore capacità di immagazzinare memoria o comunque di modellare funzionalmente la rete neuronale in funzione dell'apprendimento. Invece forse è vero proprio il contrario!

Infatti noi sappiamo che le informazioni si fissano a livello sinaptico: se le cellule nervose si rinnovassero continuamente, inevitabilmente quelle nuove potrebbero trasmettere solo il patrimonio genetico, mentre l'informazione acquisita andrebbe perduta. La divisione delle cellule comporterebbe inevitabilmente la perdita dell'informazione per la formazione di nuovi circuiti che sarebbero sì pronti e recettivi a nuove informazioni, ma perderebbero quelle acquisite in precedenza. Quello che invece tende a rimanere stabile è il patrimonio genetico del neurone: cioè il patrimonio innato ¹. Ed è quanto osserviamo negli animali soprattutto quelli meno evoluti: un corredo di istinti o di schemi cognitivo-comportamentali già presenti alla nascita e che si ripetono immutabili nel ciclo di vita di ogni singolo individuo, nei millenni nell'ambito di ogni singola specie.

Dobbiamo ritenere che la non riproduzione del neurone serva proprio, anche se è apparentemente paradossale, a rendere possibile l'apprendimento e quindi il cambiamento. Perché si mantiene stabile la persistenza dei ricordi, di quanto è avvenuto in precedenza, il patrimonio quindi della espressione e dei vissuti che costituiscono la storia che è la base della identità dell'uomo.

Quindi l'omeotermia, si è evoluta di pari passo con la fase REM, altro meccanismo evolutivo fondamentale. Ma l'omeotermia si è anche parallelamente evoluta con la non riproduzione dei neuroni. E' probabile che in questa complessità si doveva costituire una nuova modalità che permettesse al S.N.C. di "processare" correttamente e continuamente le nuove informazioni. La fase REM potrebbe essere devoluta esattamente a questo compito: l'elaborazione ed il mantenimento dei ricordi o delle tracce mnesiche. Perché mai poi ci sia una contemporanea caduta del meccanismo omeotermico, lo vedremo successivamente.

Ma seguiamo ancora M. Jouvet. "Lo studio dell'omeostasi potrebbe offrire qualche dato ulteriore: esiste in effetti, nel corso del sonno paradossale, una continuità ontogenetica tra i movimenti del feto (di topo o di cavia) in utero, quelli del topolino o del gattino neonato nei quali il sistema di inibizione posturale non è ancora funzionante - ed il comportamento onirico dell'adulto. I movimenti del feto sono senza dubbio l'espressione motrice della formazione di sinapsi preformate geneticamente nel corso della maturazione del S.N.C. Noi sappiamo in effetti che l'ambiente può

¹ E' evidente che se un neurone muore e se ne riproduce uno nuovo, questi avrà lo stesso patrimonio genetico del primo, ma non le informazioni

modificare l'organizzazione funzionale e anatomica del cervello. E' così che l'attività corticale unitaria e l'organizzazione dei dendriti nella corteccia visiva possono essere modificate nei gattini mediante la occlusione prolungata delle palpebre, o che l'aspetto architettonico o enzimatico della corteccia può essere alterato nel topo dall'isolamento o dalla iperstimolazione sensoriale. Sembra dunque difficile capire come una programmazione genetica definitiva, stabilita al fine di una maturazione, possa essere efficace per organizzare dei futuri comportamenti innati a dispetto delle modificazioni plastiche sinaptiche indotte dall'ambiente. Inoltre la programmazione genetica definitiva di centinaia di miliardi di connessioni sinaptiche richiederebbe un numero di geni ben superiore a quelli che esiste nel genoma. Per questo motivo sembrerebbe più soddisfacente il concetto di una programmazione genetica ricorrente e periodica".

Il meccanismo di questa programmazione ricorrente viene definita da Jouvét "apprendimento filogenetico endogeno". A riprova di questa sua tesi endogena, Jouvét ha evidenziato nel gatto alcuni comportamenti ottenuti mediante l'ablazione di parti del nucleus coeruleus che è deputato ad inibire l'attività motoria. Durante la fase REM, il gatto può quindi muoversi e si evidenziano comportamenti non finalizzati e ripetitivi: sequenze di esplorazione, di avvicinamento alla preda, di pulizia del corpo etc. Che tutto questo possa servire ad una ripetizione e ad un apprendimento di schemi endogeni, cioè innati è molto plausibile per gli animali. Ma temo che questo non sia applicabile all'uomo, visto che in questi i comportamenti innati, rispetto a quelli appresi, sono veramente minimi. Ancora una volta l'osservazione in laboratorio ed esclusivamente sugli animali, comporta risultati e teorie che non sono applicabili ed estensibili all'uomo, la cui complessità comporta schemi interpretativi diversi.

Nell'uomo dobbiamo ritenere che durante la fase REM, il S.N.C. si esercita con quei residui di memoria a breve termine (derivanti dalle esperienze quotidiane) e che cerca non solo di vagliarle ed approfondirle, ma anche di fare quello che Piaget definisce "il gioco interiore della mente". Provare cioè nuove soluzioni o nuove associazioni per tentativi ed errori. Cosa resa possibile dal fatto che l'inibizione della motricità, impedisce un pericoloso quanto cieco passaggio all'atto. Il fatto che Jouvét abbia dimostrato che in fase REM l'animale è cieco e sordo ad ogni stimolo esterno, testimonia semplicemente la non recettività a stimoli provenienti dall'esterno. Ma è proprio questa situazione che rende possibile e favorisce una maggiore recettività agli stimoli interni, cioè ai ricordi.

Che tutto questo debba avvenire in una situazione di estrema protezione, di inibizione motoria e con un massiccio dispendio energetico e metabolico è perfettamente logico e comprensibile e soprattutto testimonia l'estrema complessità ed importanza della fase REM.

Ma la domanda che dobbiamo porci, ed alla quale occorre dare una risposta, è perché in questa fase viene meno il meccanismo omeostatico di cui la perdita dell'omeotermia, ne rappresenta l'aspetto più eclatante.

Sembrerebbe poco logico e poco comprensibile: un processo evoluto, come l'omeotermia, viene meno in una fase che abbiamo visto ha bisogno di grande sicurezza e protezione. Sembra veramente paradossale!

Credo che sia proponibile una ipotesi che apra ad ulteriori approfondimenti.

La caduta dei meccanismi omeostatici nella fase REM, rende questa situazione aperta e non codificata, capace di massima recettività e libertà, a differenza della situazione omeostatica che ben sappiamo, preservando l'organismo da possibili variazioni, serve a mantenerne la stabilità.

Stabilità che se è utile sul piano fisiologico lo è molto meno su quello dello sviluppo psichico che implica e necessita di un maggior grado di libertà. Quindi dobbiamo ritenere che la singolarità della fase REM sia proprio quella di essere alla base della creatività e del cambiamento e quindi costituisca un momento fondamentale per lo sviluppo e l'evoluzione psichica dell'uomo.

La veglia ed il sonno NREM, visti in chiave evoluzionistica, presentano una peculiarità comune che li rende fondamentali per la sopravvivenza. La veglia permette un rapporto con la realtà finalizzato alla difesa, alla ricerca del cibo, della sicurezza, del partner ecc. Il sonno NREM (perlomeno per le specie più evolute che ne sono provviste) serve fundamentalmente per la reintegrazione delle energie consumate in questa attività.

Ambedue gli stati sono regolati dal principio di omeostasi: cioè la tendenza da parte dell'organismo a mantenere stabili i principali parametri biologici. Aspetto necessario e fondamentale per un stabile mantenimento di un assetto biologico ottimale, al fine di un corretto adattamento alla realtà.

La fase REM in questa, ottica sembra essere uno stato regressivo, o comunque non funzionale.

Ma se vogliamo dare un senso a questa "singolarità" dobbiamo ritenere che proprio questo liberarsi dalle regole omeostatiche, conferisce alla fase REM una peculiarità: quella di essere adibita non all'adattamento ed alla ripetitività, ma alla novità ed alla creatività.

E perché questo possa accadere è necessario, come ha ampiamente dimostrato M. Jouvet, che ci sia uno stato di sicurezza e di tranquillità.

Alcuni AA. hanno definito i sogni come "figli di un cervello ozioso". Definizione sicuramente affascinante ma che forse rende meno l'idea, rispetto al considerare l'attività onirica come "un gioco della mente". Di quella mente che dopo aver messo in atto le fondamentali funzioni cognitive e

razionali, necessarie alla sopravvivenza e all'adattamento, può permettersi il lusso di dare spazio ad una attività mentale che abbia sempre più le caratteristiche dello psichico. Ed ove per psichico ovviamente intendo prevalentemente l'attività inconscia.

4.1 Il sogno: funzione e significato

Ed è in questo contesto che dobbiamo inserire la possibilità di comprendere le funzioni ed il significato del sogno.

Il sogno ha caratteristiche di tipo allucinatorio, nel senso che colui che sogna, non è consapevole del suo particolare stato psicologico, ma vive come vere le immagini o le parole del sogno. Il sogno è caratterizzato da immagini molto vivide, accompagnate spesso da sensazioni uditive e di movimento: quindi nel sogno sono impegnate la sensorialità visiva, uditiva e cenestesica, meno gli altri sensi come il gusto, l'olfatto o il tatto. Intense invece possono essere le emozioni che variano dalla gioia all'angoscia.

Sul piano fenomenologico il sogno è caratterizzato da tre processi fondamentali (J. Allan Hobson, 1987);

1. L'attività del S.N.C. che corrisponde appunto alla fase REM.
2. Il blocco delle afferenze sensoriali tramite una prima inibizione presinaptica dei terminali afferenti dei nervi cutanei, e da una ulteriore inibizione dei livelli più elevati dei circuiti sensoriali. Blocco delle afferenze motorie: questo fenomeno è dovuto ad una inibizione post-sinaptica dei motoneuroni della via finale comune situata nel midollo spinale e nel tronco encefalico.
3. La generazione di segnali interni che vengono vissuti, a causa della interazione sensoriale, come provenienti dall'esterno.

"Sulla base di questi tre processi, il cervello si prepara a processare l'informazione che proviene dal suo interno, escludere i dati provenienti dall'esterno ed a non agire in rapporto alla informazione generatasi al suo interno".

Certamente questi dati sono validi; ma la neurofisiologia non può dirci nulla di più circa il significato delle informazioni interne. E' evidente che le informazioni interne nascono dall'esperienza, dalla memoria, dai residui diurni, ma anche e soprattutto dalla organizzazione psichica complessiva del soggetto.

Infatti che prevalga una struttura di inconscio rimosso o uno stato di inconscio mare calmo, la produzione onirica è molto diversa.

Sulla base delle nozioni di neurofisiologia e delle esperienze cliniche, il sogno può essere considerato come una particolare modalità di pensiero, che permette al soggetto non solo di rappresentarsi la sua situazione interna, ma anche di tentare soluzioni, più o meno congrue, delle sue problematiche e delle sue conflittualità. Il sogno è un momento di riflessione ed un tentativo di soluzione di problemi o di conflitti mediante la rappresentazione drammatica, come in uno scenario teatrale, delle pulsioni, delle angosce, delle speranze e dei desideri. In una parola è in gioco tutta la complessa e più profonda struttura psichica del sognatore. E' quindi il sonno che permette l'emergere del sogno e non viceversa.

Già da decenni, sulla base di considerazioni di clinica psicoanalitica, avevamo contestato questa affermazione di Freud, ma se fosse necessario oggi possiamo utilizzare anche un dato che ci proviene dagli studi di neurofisiologia del sonno.

L'evidenziamento di una specifica funzione neurofisiologica, il CAP (Cyclic Alternative Pattern) (vedi M. G. Terzano) meccanismo che serve a stabilizzare il sonno e che è presente solo durante la fase NREM, è una conferma ulteriore, su base neurofisiologica, che il sogno non è un esaudimento allucinatorio dei desideri", necessario per proteggere il sonno.

Le funzioni del sogno sono invece molteplici e non del tutto chiarite. Le più importanti sono. attivare i circuiti cerebrali, attivare il passaggio delle informazioni dalla memoria a breve termine a quella a lungo termine ed inoltre, probabilmente, eliminare una serie di informazioni inutili o superflue. Ma sicuramente il sogno assolve anche una funzione, quella forse da più tempo accertata, di aprire al mondo dell'inconscio, avendo parzialmente chiuso, con il sonno, al mondo esterno. Ma prima di affrontare questo problema, credo sia necessario sottolineare un particolare aspetto del sogno.

Noi sappiamo che il sogno avviene, e probabilmente occupa gran parte della fase REM, che nell'adulto corrisponde a circa il 20% del sonno totale, ovverosia circa 80-90 minuti per notte. Si ritiene inoltre che il sogno, per quanto articolato e complesso, può avvenire nell'arco di pochi secondi. Ora, mediamente, a parte rare eccezioni legate ad un sonno molto leggero ed interrotto, al mattino in genere si ricordano solo pochi sogni. Quindi dobbiamo ritenere che di tutta la complessiva produzione onirica, noi riusciamo a ricordarne solo una parte minima. Dobbiamo dedurre che ci deve essere una differenza tra la complessiva attività onirica ed il sogno o i sogni che ricordiamo. Nel senso che probabilmente l'attività onirica nel suo insieme ha funzioni numerose e complesse, il sogno ricordato ha una funzione specifica diversa. I sogni che si ricordano, riguardano esperienze oniriche significative e strettamente collegate con le dinamiche psicologiche conflittuali o comunque più importanti in quel momento, per quella persona.

Possiamo pertanto pensare che i sogni che si ricordano, sono tentativi di visualizzare e a volte di risolvere, conflitti, problemi o possono essere una libera produzione di gioco della mente.

4.2 Il linguaggio del sogno

Il sogno si esprime mediante un linguaggio, la cui caratteristica fondamentale è di essere costituito prevalentemente per immagini.

Il bambino conosce il mondo attraverso le sensazioni tattili, acustiche, ma soprattutto visive. All'inizio non c'è il verbo, ma l'immagine, che deve essere distinta dalla pura sensazione visiva, perché implica una capacità di organizzazione psichica più complessa. Il bambino recepisce miriade di sensazioni visive, le seleziona e le elabora soprattutto sulla base della continuità e della ripetitività dell'oggetto. Dal momento che riesce a formare le immagini, il bambino comincia a crearne di nuove ed a giocarci: il sogno può essere visto come continuazione di questa attività ludica.

Il linguaggio onirico è un linguaggio prevalentemente per immagini, e di queste conserva due proprietà caratteristiche: la sinteticità e l'ambiguità. Su un piano evolutivo culturale, possiamo paragonare il sogno alla scrittura ideografica che è più universale, ma meno definita di quella fonetica.

L'immagine ci fornisce infatti una informazione più rapida e sintetica, ma in qualche modo anche meno definita e precisa. Ovverosia l'immagine, più della parola, può avere significati multipli, perché l'immagine rende possibili due meccanismi: la condensazione e lo spostamento. In questo modo una immagine può fondersi o sostituirsi ad un'altra, dando luogo al simbolo, ove appunto una immagine può essere al posto di un'altra con un significato completamente diverso. A differenza del segno che indirettamente rimanda alla presenza di una realtà precisa, e del segnale che è un indice convenzionale ed esplicito.

Ma la vera profonda differenza è basata sul fatto che nel processo onirico manca il senso del tempo come categoria vettoriale: manca la "freccia del tempo" che è invece fondamentale nel pensiero cosciente.

Questa mancanza rende possibile di non tener conto del prima e del dopo, e quindi invertire per cui il dopo può avvenire prima: è la base del principio di contraddizione, l'esatto opposto di quel principio basilare della logica che è il principio di non contraddizione. Per questo nel sogno possono accadere avvenimenti con situazioni antitetiche ed opposte che non destano, nel sognatore, nessun stupore o incredulità.

Quindi la struttura del linguaggio onirico è caratterizzata da spostamento, condensazione, assenza del principio di continuità e contiguità e di quello di non contraddizione.

Se questa è la struttura del linguaggio onirico, i contenuti sono immagini che possono derivare da:

- a) immagini riguardanti il passato;
- b) immagini tratte da situazioni presenti (resti diurni);
- c) costituzione di immagini completamente nuove.

Le scene possono essere semplici o molto complesse ed articolate. Normalmente il soggetto vive il sogno come realtà; a volte invece "sa" che sta sognando. Questa evenienza può indicare un tentativo di superamento dell'angoscia, nel senso che se il contenuto del sogno suscita angoscia, pensare che si sta sognando, è un modo per sdrammatizzarlo.

L'esperienza onirica viene successivamente, nella veglia, organizzata in un racconto del sogno che ascoltato e recepito dal terapeuta ne rende possibile l'interpretazione.

Abbiamo esaminato le varie istanze psichiche di sviluppo la cui integrazione costituisce il carattere normale-sano.

Non è altrettanto facile descrivere un modello psicopatologico così univoco e lineare, perché la patologia psichiatrica compromette sempre più di una istanza psichica.

Pertanto nel capitolo successivo cercherò di evidenziare i quadri psicopatologici riguardanti sia le singole istanze psichiche, sia le funzioni mentali come la memoria, l'intelligenza, il pensiero, la percezione, che saranno proposti nel capitolo successivo per evitare inutili ripetizioni.

Per la descrizione dei vari quadri sindromici rimando invece ai singoli capitoli.

5. Struttura, funzione, stato.

In chiusura mi sembra utile fornire qualche precisazione circa i concetti di *struttura*, *funzione* e *stato*, anche per meglio comprenderne la complessa interazione.

Alla nascita il bambino è un organismo vivo, vitale, funzionante ed il cui sviluppo sul piano somatico è determinato in gran parte da un programma genetico, anche se le influenze ambientali possono modificarlo notevolmente. Sul piano psichico lo sviluppo è basato su due istinti fondamentali la cui fusione, alla nascita, determina la formazione dell'Io, che è meno programmato rispetto al soma e che sarà notevolmente determinato dalle dinamiche interazionali tra gli adulti ed

il bambino. A parte gli istinti, l'inconscio e l'Io primario, nell'arco di poco tempo si attivano tutte le istanze psichiche che ho descritto nei paragrafi precedenti, per giungere in breve alla costituzione di una struttura psichica che ho definito come *carattere*.

Questo carattere può strutturarsi in maniera sana o patologica, a seconda dei diversi eventi della vita relazionale del bambino.

La difficoltà che il clinico incontra quando cerca di formulare un modello dello sviluppo psicologico, è dovuto al fatto che in genere egli ha a che fare con persone che presentano già una struttura organizzata e quindi abbastanza stabile (il carattere). Coloro che studiano il bambino nelle prime fasi dello sviluppo, osservano invece una grande mobilità che è poi alla base dei notevoli e rapidi progressi che il bambino compie in poco tempo.

Quindi c'è una certa difficoltà, che si esprime anche sul piano lessicale, a integrare questi due modalità di osservazione. Per rendere possibile questa integrazione ho sostenuto che è preferibile usare il termine Io, anziché quello di carattere, sia nella fase dello sviluppo che nello studio delle funzioni della struttura psichica, ovvero quando ci troviamo di fronte a una maggiore mobilità del soggetto.

Nella fase iniziale dello sviluppo, come abbiamo visto, si forma un Io-pelle (o Io primario) o Io libidico che diventa sempre più funzionale nel corso degli anni; successivamente intorno agli 8-10 anni si ha la formazione di un Io-ideale che rappresenta il complesso dei valori normativi e delle aspettative che il soggetto si prefigge e si attende. L'Io ideale si forma sicuramente dai valori assorbiti dall'ambiente familiare e sociale, ma che sono anche liberamente elaborati da ogni singola persona.

Se invece il bambino si trova ad affrontare difficoltà e frustrazioni superiori alle proprie forze, tenderà a strutturare un cosiddetto Io-secondario o *corazza caratteriale* che rappresenta già una patologia anche se non sintomatica: è il *carattere nevrotico*.

La struttura psichica normale si organizza quindi e si stabilizza nel tempo a partire da quelle istanze psichiche, così definite, perchè sarebbe poco pensabile una vita psichica *in assenza* di queste istanze. Istanze che poi possono svilupparsi in maniera sana o patologica.

La struttura psichica definita carattere, si manifesta e viene evidenziata attraverso una serie di modalità definite *funzioni*.

Quanto più la struttura si esprime nella sua globalità tanto più la funzione sarà complessa. Una *funzione complessa* può definirsi *una dinamica*: ad esempio la dinamica relazionale esprime la complessità della struttura in toto.

In altri casi ci troviamo di fronte a *funzioni semplici*: esse sono l'espressione o di una singola istanza della struttura psichica o implicano particolari attività del S.N.C.: come ad esempio la memoria.

Credo che il discorso rispetto al concetto di stato sia stato abbastanza chiarito precedentemente. Vorrei solo sottolineare che definire *l'inconscio come stato della mente* vuol dire ribadire il concetto di un inconscio mobile e creativo, mentre quello rimosso è definito come struttura, proprio perchè statico e ripetitivo.

Questi concetti di struttura, funzioni e stato saranno ripresi successivamente nel capitolo sulla psicopatologia; come spesso succede la patologia può evidenziare meglio alcune aspetti della normalità.

Riferimenti bibliografici

Agno M., *L'asimmetria molecolare della biosfera*, Programmi di biofisica, Torino, 1979.

Bartocci G., "Il gioco del cucù-sette e la fantasia di sparizione", *Rivista Europea di Psichiatria*, I-2, 1989.

Bentley R., *Molecular asymmetry in biology*, New York, 1969/1970.

Bosinelli M., Cicogna P.C. (a cura di), *Sogni: figli di un cervello ozioso*, Bollati Boringhieri, Torino, 1991.

De Simone G., Lalli N., "Considerazioni critiche in merito alla teoria delle pulsioni in psicoanalisi", *Rivista di Psichiatria*, XII-2, 1978.

De Simone G., "Conoscenze e affetti. Il dire e il fare in psicoterapia" in *Il Processo terapeutico in Psicoterapia* (a cura di Lalli N.), Edizioni Universitarie Romane, Roma 1994.

Fagioli M. (1972), *Istinto di morte e conoscenza*, Nuove Edizioni Romane, Roma, 1986.

Fagioli M., (1974), *La marionetta e il burattino*, Nuove Edizioni Romane, Roma, 1981.

Fagioli M. (1975), *Psicoanalisi della nascita e della castrazione umana*, Nuove Edizioni Romane, Roma, 1989.

Fagioli F., Fiori Nastro P., "Proposizioni psicosomatiche", *Rassegna di Studi Psicologici*, LXXXII-4, 1993.

Fairbairn W.R. (1952), *Studi psicoanalitici sulla personalità*, Boringhieri, Torino, 1970.

Freud S. (1922), *L'io e l'Es*, Boringhieri, Torino, 1977.

- Freud S. (1923), *Breve compendio di psiconalisi*, Boringhieri, Torino, 1977.
- Galimberti U., *Dizionario di Psicologia*, Utet, Torino, 1992.
- Gedo J.E. (1979), *Al di là dell'interpretazione*, Astrolabio, Roma, 1986.
- Green A., “Concezioni dell'affettività”, *Giornale Storico di Psicologia Dinamica*, II-3/4, 1978.
- Greenberg J.R., Mitchell S.A (1983), *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica*, Il Mulino, Bologna, 1986.
- Hobson J. A. (1988), *La macchina dei sogni*, Giunti Editore, Firenze, 1992.
- Korchin S.J. (1976) *Psicologia clinica moderna*, Borla Editore, Roma 1977.
- Jouvet M., *La natura del sogno*, Theoria, Roma, 1991.
- Jouvet M. (1992), *Il sonno e il sogno*, Guanda Editore, Milano, 1993.
- Lalli N., “Il primo colloquio come crisi”, *Atti del congresso "La psicoterapia nelle situazioni di crisi"*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1976.
- Lalli N., *Le psiconevrosi: fenomenologia e psicodinamica*, La Goliardica Euroma, Roma, 1988.
- Lalli N., “Psiconalisi o freudismo: a proposito di M. Fagioli”, *Psychopathologia*, II-2, 1989.
- Lalli N., “Le separazioni nel corso della psicoterapia analitica”, *Rivista Europea di Psichiatria*, anno II, n. 2, 1990.
- Lalli N., “La relazione terapeutica”, *Psicobiiettivo*, anno X, n.1, 1990.
- Lalli N., “L'incontro con il nuovo: angoscia, conoscenza, resistenza”, *Atti del Congresso Internazionale "Psicopatologia, Cultura e Pensiero Magico"*, Terni 1989, Liguori, Napoli, 1990.
- Lalli N., “Per un modello teorico-clinico dello sviluppo psichico”, *Attualità in Psicologia*, 6-3, 1992.
- Lalli N., “Pour un modèle théorique-clinique du développement psychique”, *Médecine et Hygiène*, 51, 1993.
- Lalli N., *Il Processo Terapeutico in Psicologia*, Edizioni Universitarie Romane, Roma, 1994.
- Lalli N., Fionda A., *L'altra faccia della luna: il mistero del sonno. I problemi dell'insonnia*, Liguori, Napoli, 1994.
- Lalli N., “La psicoterapia e l'inconscio nel decennio del cervello”, *Il sogno della farfalla*, 4, 1994.
- Lalli N., “L'inconscio nella psicoanalisi. La psicoanalisi dell'inconscio”, *Psicobiiettivo*, XI-1, 1996.
- Lalli N., *Lo spazio della mente. Saggi di psicosomatica*, Liguori Editore, Napoli, 1997.

- Martinelli R., “Immagine del corpo e Immagine di sé” I e II parte, in *Archivio di Neurologia, Psicologia e Psichiatria*, 3-1974 e 4-1975.
- Merleau-Ponty M. (1970), *Il corpo vissuto*, Il Saggiatore, Milano, 1979.
- Minsky M. (1975), *La società della mente*, Adelphi, Milano, 1979.
- Modell A.H.(1968), *Amore oggettuale e realtà*, Boringhieri, Torino, 1975.
- Pages H. (1982), *Il codice cosmico. La fisica moderna decifra la natura*, Boringhieri, Torino, 1984.
- Piscicelli U., “Sonno, sogno e trance”, *Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria*, 30, 1997.
- Portmann A. (1965) *Le forme viventi. Nuove prospettive della biologia*, Adelphi, Milano, 1969.
- Prigogine I. (1979), *La nuova alleanza*, Einaudi, Torino, 1981.
- Prigogine I., *La nascita del tempo*, Edizioni Theoria, Roma-Napol, 1988.
- Tart C. T. (1975), *Stati di coscienza*, Astrolabio, Roma, 1977.
- Terzano M. G. ed altri, “The cyclic alternating pattern as a phisyologic component of normal NREM sleep”, *Sleep*, 8-2, 1995.
- Weyl H., *Symmetry*, Princeton 1952.
- Zazzo R. (1983), *Che ne è della psicologia del bambino?*, Guinti-Barbera, Firenze, 1985