

Considerazioni sul concetto di diagnosi

di Gabriella Panzera

Rivista di Gruppoanalisi, n.1/2004

Introduzione

Questo articolo nasce dalla mia partecipazione a un gruppo di lavoro istituito nella Società Gruppoanalitica Italiana (SGAI) sul tema della diagnosi. La diagnosi, nei suoi significati e nelle sue implicazioni con la pratica gruppoanalitica, è stata il tema su cui il gruppo si è a lungo fermato a riflettere: un tema forse troppo generico o troppo vasto e su cui non era facile trovare una bibliografia coerente quale base della ricerca. Di fatto questo tema e tutti i quesiti che questo tema ci ha imposto rispetto alla dimensione clinica e teorica hanno aperto un'ampia, sempre vivace e curiosa discussione fra i partecipanti, con molte divergenze, ma anche interessanti convergenze. Il lavoro è stato portato avanti in modo fluido, alcuni partecipanti sono usciti a metà strada, quando altri sono entrati, ma tutti in ugual misura hanno dato un valido e amichevole contributo alla riflessione.

Fra i testi presi in esame hanno avuto maggior rilievo il libro di Nancy McWilliams (1999) Il caso clinico. Dal colloquio alla diagnosi e il testo di Silvana Borutti (1999) Filosofia delle scienze umane. Le categorie dell'antropologia e della sociologia, oltre ai numerosi articoli, lezioni e interventi di Diego Napolitani e di altri colleghi della SGAI sull'argomento.

Nelle pagine che seguono ho provato a fissare alcuni commenti e pensieri sparsi su ciò che è emerso durante i nostri incontri, avvalendomi anche del contributo dei colleghi. Il mio interesse a partecipare a questo gruppo nasceva dalla curiosità di sapere che idea avessero i miei colleghi della SGAI sul concetto di diagnosi, e come si comportassero rispetto a quell'inevitabile pensiero diagnostico che in qualche modo seleziona e riorganizza il mondo, il mondo del paziente che arriva a un primo colloquio, per sfociare in quella visione congruente tale da convincerci o convincere il nostro interlocutore che forse un'analisi gli potrebbe servire. Di diagnosi si parla poco fra i soci della SGAI; essa rimanda al mondo psichiatrico medicalizzato, a un certo sapere codificante in cui è opportuno non rimanere imbrigliati, ma oltrepassare attraverso una relazione che operi una ricostruzione di senso e non una guarigione del sintomo.

Antropologia e psicoanalisi

Prendendo in esame il saggio di Borutti sono emerse parecchie analogie tra il lavoro dell'antropologo e la pratica clinica, nello scenario e nelle procedure della conoscenza, secondo quell'approccio interpretativo per cui l'atto conoscitivo avviene in uno scambio dialogico all'interno di una relazione comprendente ed è considerato una riconfigurazione di un campo problematico di dati in una certa attribuzione di senso.

È parso inoltre che un'analogia tra la situazione analitica e la ricerca antropologica esistesse anche nell'evidenza che gli oggetti della psicoanalisi, così come quelli del sapere antropologico, si mostrano in una dimensione vincolata e artificiale (la messa in scena del setting e del campo) in cui è fondamentale la mediazione del linguaggio e del tempo, linguaggio come radice ontologica del conoscere insieme alla dimensione della temporalità.

Si legge nell'introduzione del libro di Borutti (1999): L'esperienza non si oggettiva nella forma reversibile dell'esperimento, ma nella forma eventuale, relazionale e processuale

della marcia di avvicinamento all'altro o, più propriamente, di avvicinamento a sé attraverso l'altro.

Gli oggetti del sapere antropologico, e sociologico, all'interno di questo quadro epistemologico, hanno quindi sempre da essere pensati come non naturali, non dati. Oggi l'antropologo e il sociologo fanno esperimenti col senso, perciò bisogna cercare di spiegare come vadano impostate le domande nel dominio delle scienze del senso. L'intento globale del volume, perciò, non è tanto, o non solo, quello di tracciare una mappa di come storicamente e teoricamente sia stato affrontato il problema della conoscenza nelle scienze umane, quanto piuttosto quello di reimpostare la riflessione epistemologica sulle scienze umane, superando l'unilateralità delle formulazioni che la tradizione ci ha consegnato. Con la codificazione ottocentesca di un paradigma per le scienze dell'uomo si è creato infatti un binomio apparentemente irriducibile: da una parte la prospettiva positivista che vede i saperi sull'uomo come un nuovo territorio di espansione della razionalità scientifica, dall'altra quella storicistica che mette in discussione il modello di fondazione unitaria delle scienze e teorizza la storicità della ragione. Nel Novecento, poi, neopositivismo ed ermeneutica riproducono l'identica opposizione speculare tra i due distinti modelli conoscitivi. Per superare tale antinomia Silvana Borutti percorre una terza via: quella che indaga le procedure di costruzione degli oggetti del sapere. L'autrice, nel capitolo relativo all'antropologia, parte inizialmente da un netto confronto tra un approccio esclusivamente ermeneutico rispetto a un approccio esclusivamente positivista, fra una concezione quindi relativistica rispetto a un'analisi contestuale, per arrivare a delineare che il discorso antropologico non può essere un discorso totalmente simmetrico in cui l'antropologo parla e vive la lingua del nativo, ma deve essere concepito in un dialogo con l'alterità, nel rispetto dell'etica della differenza ontologica e secondo una concezione dialogica dell'alterità.

L'antropologo descrive a partire dai vincoli e dalle possibilità offerti dalla sua lingua naturale, oltre che dalla progettualità regolata dalla lingua scientifica comunitaria a cui appartiene; la scrittura antropologica è quindi anche gesto di oggettivazione poiché l'antropologo scrive disponendo di un sapere e scrive per una comunità scientifica. L'intraducibile ontologico, come viene chiamato da Borutti, la non trasparenza dell'oggetto, ma anche la necessità da parte dell'antropologo di usare la sua competenza linguistica portano perciò a un compromesso.

La narrazione del testo antropologico è in ultima analisi un compromesso fra l'obiettivo di conservare l'alterità dell'altro e la volontà di sapere e di oggettivazione dell'antropologo. Un compromesso, prosegue Borutti, come marca del doppio legame sotteso a ogni attività di traduzione, tra la partecipazione ad atti vitali (interazione sul campo) e l'assunzione necessaria di una distanza oggettivante (scrittura del testo antropologico), un'interazione tra il senso incarnato e la sua forma.

Fino a qui il pensiero di Borutti, almeno secondo una mia traduzione e la mia selezione di istanze più o meno rilevanti. Ma come si può collegare alla nostra pratica? Come si può collegare a un approccio psicoanalitico? O, ancora più precisamente, quali spunti può trarre un approccio gruppoanalitico al dispositivo diagnostico da questo pensiero? È plausibile considerare la diagnosi congruente con la teoresi gruppoanalitica? La discussione fra noi è stata a volte molto animata e il nostro piccolo gruppo non è arrivato a un'unica e omogenea conclusione. Abbiamo esaminato molti scritti di Diego Napolitani, abbiamo ripercorso alcune delle sue lezioni alla Scuola di formazione, ma in

fondo nessuno di noi si è autorizzato a essere l'unico e veritiero interprete dei testi presi in considerazione.

Se si accetta che ogni testo è interpretativo, che non costituisce quindi verità assoluta ma rimanda verso altre continue ricostruzioni, allora mi sembra che l'aspetto fondamentale dal quale non è possibile prescindere sia non tanto la pretesa di essere più conformi alla verità, ma piuttosto l'assunzione di responsabilità rispetto alla paternità e alle motivazioni della propria traduzione.

È verosimile che, nel primo approccio con un paziente, io metta in atto una sorta di pre-comprensione costituita dalla traduzione della percezione della persona davanti a me nel mio linguaggio, fatto di segni e codici; per quanto io non voglia riferirmi a teorie definite e chiuse, non posso non far riferimento a qualche ipotesi teorica o a qualche concettualizzazione che, di fatto, determina il mio sguardo.

Se un giorno arriva un paziente che mi racconta che alla sera, prima di andare a letto, si lava le mani trenta volte o che controlla il gas ogni dieci minuti, io penso, e probabilmente faccio una valutazione veloce, senz'altro approssimativa, che abbia dei tratti ossessivi; o penso che forse è fobico se mi racconta che ha il panico tutte le volte che tenta di prendere un ascensore. Cerco comunque di valutare, attraverso i segni comunicazionali che mi fornisce all'interno del nostro primo incontro, a quale area di appartenenza culturale si riferisce o, in termini gruppoanalitici, quale è lo schema relazionale sotteso ai suoi comportamenti.

A me pare importante questa prima, anche se non certo definitiva, valutazione, e credo non vada sottovalutata perché vuole dire che io rimarco dei comportamenti che violano e disordinano le nostre convenzioni.

Tutti noi viviamo e produciamo azioni all'interno di convenzioni e, in qualche modo, la persona che viola queste convenzioni linguistiche, narrative, comportamentali soffre o fa soffrire il mondo intorno a sé.

Questi sono i segni con cui il paziente si presenta, segni che rimangono categorie impri-gionanti se osservati e fissati all'interno di un pensiero esclusivamente razionale, segni quindi che si manifestano come categorie diagnostiche; ma se questi stessi segni, così come gli strumenti diagnostici disponibili, vengono utilizzati nel cuore dell'esperienza vissuta con la persona in quel momento per poter dar loro un senso, allora i segni ci potranno ricondurre alla dimensione simbolica e non faranno più parte di una visione esclusivamente oggettivista-razionale. Segni che vengono usati per comprendere e non per stigmatizzare.

Leggendo gli appunti di una lezione, tenuta alla Scuola di formazione in psicoterapia gruppoanalitica, di Napolitani (1995) sul concetto di normalità e devianza: Non vi è un pensiero razionale che deve essere eliminato dalla scena analitica così come non ci può essere un pensiero propriamente simbolico che possa essere eliminato dalla scena analitica, possiamo anche arrivare alla conclusione che lo spazio analitico è un continuo aggiustamento tra questi due pensieri.

Napolitani parla di una faticosa ma spesso anche felice convivenza tra segni e sogni, una convivenza che può essere quindi adeguata e prevalentemente pacificata. Ritornando alla nostra pratica, tutte le rilevazioni diagnostiche quindi possono, anzi devono, essere riaggustate di volta in volta, all'interno del vissuto e della relazione in atto, in un divenire, un'eventualità considerata ogni volta come nuovo spazio rigenerativo.

Questa faticosa convivenza sembra quindi essere strettamente collegabile a quel compromesso antropologico proposto da Borutti. Tale compromesso ha sì l'obiettivo di rispettare la diversità dell'altro, di non sistematizzarla quindi in un sapere categorizzante, ma permette anche, attraverso un'operazione diagnostica, di mettere in luce quei raggruppamenti comunicazionali che potremmo chiamare sindromi psicopatologiche, e di individuare per esempio l'area esperienziale prevalente, le sue strutture identificatorie, le sue matrici, il suo idem ecc., all'interno comunque sempre di una dimensione dialogica in continua trasformazione per aprire spazi nuovi di dialogo e conoscenza. Se concepiamo la mente come un sistema autonomo che, con la sua organizzazione autopoietica, si mantiene con i suoi mezzi e si costituisce come distinto dall'ambiente circostante, allora non possiamo non riconoscere all'osservatore e alle sue definizioni descrittive un ruolo costitutivo, poiché solo la descrizione giustifica i confini tra ciò che si definisce ambiente e ciò che è sistema: l'atto di distinzione separa un oggetto da uno "sfondo" indeterminato.

Il punto cruciale da cui si snoda l'allontanamento rispetto a una diagnosi esclusivamente oggettivante è proprio l'utilizzo che viene fatto del dispositivo diagnostico, che in un concetto gruppoanalitico è invece ogni volta rielaborato all'interno della relazione analitica per svilupparsi in un continuo divenire nell'incontro fra l'universo del paziente e l'universo dell'analista.

Quando si parla di diagnosi, in medicina, si parla di malattia. La diagnosi misura e valuta i segni, cioè gli elementi che indicano un'alterazione rispetto allo stato di normalità. Gadamer (1993) si domanda come mai la medicina oggi si rivolga più alla malattia che alla salute, più al sintomo che al paziente nella sua totalità e, citando il Politico di Platone, parla di due concetti distinti di misura e misurazione: l'uno, metron, che dipende da criteri fissati dall'esterno per convenzione, metodi quindi che definiscono l'oggetto del sapere, l'altro, mètrion, che sta a significare una misura insita nella cosa stessa, e non imposta dall'esterno, un essere adeguato in sé. Si potrebbe dire, continua Gadamer, che oltre a ciò che viene misurato in un dato modo abbiamo anche ciò che è adeguato in sé. Se la diagnosi è in definitiva il risultato di processi di misurazione atti a definire categorie, ciò che invece sfugge al metodo, e quindi al controllo, dimostrandosi inaccessibile a qualsiasi esame, giace in una zona d'ombra nella quale è possibile muoversi non con la pretesa del controllo e della misurazione, ma solo attraverso il dialogo e all'interno di un reciproco scambio relazionale.

Un approccio gruppoanalitico al concetto di diagnosi quindi non può inevitabilmente concludersi in una totale cancellazione di ogni dispositivo diagnostico, ma deve configurarsi piuttosto nel valore e nel senso che a esso viene dato, potendo così essere strumento per comprendere e non per spiegare. La nosografia, con la sua componente imprescindibile che è la diagnosi, risulta utile alla conoscenza solo quando non vuole chiudersi in una pretesa ed esclusiva oggettività, ma si include in un dialogo ricostruttivo.

Medicina e psicoanalisi

Il dibattito che ha avuto luogo all'interno del nostro piccolo gruppo e l'argomentare sulla diagnosi, medica o psichiatrica o gruppoanalitica che sia, sulle scienze positivistiche o sulla medicina tradizionale ecc. mi ha stimolato a un'ulteriore riflessione sui rapporti, spesso antagonisti, fra psicoanalisi e medicina, fra una concezione storica dell'uomo e una visione storica esclusivamente codificante, fra un sapere che tende a comprendere la

persona e un sapere che tende a diagnosticare ed eventualmente a combattere il sintomo patologico.

Si continua a considerare la diagnosi del medico come uno strumento unicamente scientifico oggettivante, col presupposto che al sapere medico non si possa chiedere di indagare il senso che può avere il registrare sintomi e cause, che al medico non si debba chiedere di collegare i sintomi che rileva con la storia del paziente e con le relazioni che egli intrattiene dentro e fuori dallo studio medico. Il sapere medico, la modalità di diagnosticare la malattia, di osservare il corpo, e la concezione di malattia stessa userebbero in quest'ottica un criterio pragmatico e categorizzante, rimanendo così strettamente vincolati a un ambito riduzionista.

Gadamer (1993) parla di arte medica e propone invece una figura di medico che non deve mai pensarsi separato dal suo aspetto di paziente, un medico guaritore ferito, che dialoga e si relazione con una figura di paziente medico. In un tale relazione buona parte della cura avviene nel dialogo tra medico e paziente e ciò porta a una trasformazione del malato e del terapeuta.

Storicamente, la nosografia generale è passata da un approccio monistico, in cui esisteva la malattia, a un approccio pluralistico in cui esistono le malattie, con la funzione di sistematizzare le varie osservazione e di servire come strumento di comunicazione. Tale sistematizzazione però, se considerata chiusa e definitiva, non può che produrre forme già storicamente determinate senza alcuna possibilità trasformativa.

L'idea di combattere la malattia che ancora agisce in molte operazioni mediche di solito non prende in considerazione la funzione che la malattia compie in relazione ai sistemi in cui si integra. Non si tratta di considerare solo l'integrazione dello stomaco nel sistema digerente o nel sistema digestivo dell'uomo intero: si tratta, in più, di considerare l'integrazione dell'uomo stesso nel sistema familiare o nel contesto sociale (Chiozza, 1986). La dimensione psicoanalitica può, alla stessa stregua, essere stretta in un approccio che non tenga sufficientemente conto del corpo e dei suoi segni, lasciando aperta la vecchia dicotomia corpo/mente.

È molto interessante in questo contesto il pensiero di Varela quando parla dell'incarnazione (embodiment). Secondo Francisco Varela (2000) non si può dare nulla di simile a una mente, o a una capacità mentale, senza che si sia completamente incarnata, completamente inserita nel mondo: essa emerge da un'immediata riproduzione, indissolubilmente vincolata a un corpo che è attivo, che si muove e che affronta il mondo.

Affrontare il mondo significa quindi manipolare e confrontarsi attivamente con gli oggetti là fuori, nell'ambiente, che quindi esistono e si definiscono come conseguenza della nostra attività e della nostra manipolazione sensomotoria; il principio fondativo della mente viene così a essere una profonda co-implicazione e co-determinazione tra il fuori e il dentro.

Quando Varela dichiara inoltre il suo slogan "la mente non è nella testa", introduce anche il presupposto che la mente non può essere separata dall'organismo inteso nella sua totalità. Se poi si pensa che la mente sia nel cervello, nella testa, non si può non considerare quanto il cervello sia intimamente collegato a tutta la muscolatura, all'apparato scheletrico, all'intestino, al sistema immunitario o al sistema ormonale e quanto l'organismo nella sua totalità sia compreso nell'ambiente stesso.

L'atto cognitivo, proprio in quanto tale, è intenzionale. Il tutto appare quindi un'unità estremamente salda, pur essendo in realtà un'organizzazione instabile, perché dinamica, in una profonda e reciproca implicazione tra ciò che sembra essere fuori e ciò che sembra essere dentro.

All'interno di una tale concezione e di tali presupposti persiste in ogni caso una notevole difficoltà a potersi legittimare psicoanalisti che si apprestano a trovare un senso alla malattia quale espressione corporea. Se noi siamo corpo, la malattia, per dirla con le parole di Gadamer, arriva come un disequilibrio, un malfunzionamento invasivo che non si riferisce soltanto a un fatto medico biologico, bensì viene a registrarsi come un avvenimento biografico e sociale, e in tal senso pare un grave preconcetto affermare che la malattia organica non abbia una specifica significazione. La scienza medica ci spiega che quando la pressione sanguigna si abbassa troppo può provocare un collasso cardiaco o che un tale virus ci colpisce quando è in corso un fallimento immunitario. Ma questo non spiega tutto. La medicina non scopre cause uniche e univoche della malattia; scopre solo condizioni necessarie ma non sufficienti perché la malattia acquisti nel momento la forma e la localizzazione che la caratterizzano.

Spesso diciamo che noi abbiamo un corpo o che abbiamo una tale o una tale altra malattia, più corretto sarebbe forse dire che noi siamo un corpo e che siamo anche quella o quell'altra malattia. La malattia del resto si impone come un fattore di disturbo o di minaccia, un sintomo evidente che ci fa pensare alla salute nella totalità del suo essere solo nel momento in cui ne sentiamo la mancanza.

La malattia, per sua gravità, cronicità e organizzazione, diventa spesso portatrice dell'unico segno che la cultura medica le ha assegnato e perciò da noi meno avvicinabile, ma partendo da un altro presupposto forse potremmo capire il senso di questo segno che la persona, nella sua interezza, porta con sé come parte integrante della sua biografia. La malattia potrebbe essere vista come la migliore "soluzione" che il malato ha trovato di fronte alla sua impossibilità di integrare nella coscienza significazioni contraddittorie. L'intervento analitico, all'interno di una relazione comprendente, avrebbe così lo scopo di riagganciare il soggetto al sintomo (corporeo) per capirne il senso e agendo in tal modo come un'eventualità disorganizzante dell'ordine precostituito. Capire una significazione infatti è, inevitabilmente, cambiarla poiché implica includerla in un contesto che la risignifica, e un cambiamento di significazione è anche un cambiamento di stato.

Nonostante questo profondo convincimento, nelle discussioni con i colleghi che operano all'interno di Solidare relativamente ai pazienti affetti da gravi malattie organiche, emerge spesso fra noi il timore che tentare di interpretare il somatico voglia dire arrogarsi un diritto inaccettabile, quasi che aprirsi a questa competenza che tiene in pari conto sia il somatico sia lo psichico significhi sfidare la sacralità o il divino, o ancor peggio possa concludersi con l'essere considerati alla stregua di "sciamani", inaffidabili quindi per la comunità scientifica a cui apparteniamo. Possiamo noi includere nel nostro lavoro le interpretazioni che emergono dalla comprensione simbolica profonda del disturbo somatico? Possiamo noi comprendere la significazione del formarsi di un rene policistico piuttosto che di una sclerosi multipla nel corso della vita di una persona?

Per Galimberti il ricorso al divino è la maschera dell'ignoranza, per Ippocrate, poi, allontanarsi dal divino equivale ad allontanarsi dall'ignoranza e l'empietà, prima che una rivolta contro gli dei, è la condizione per il reperimento di conoscenze. Aprendo la discussione sul male oscuro, come nell'antichità si nominava l'epilessia, Ippocrate scrive: Gli uomini lo ritennero in qualche modo opera divina per inesperienza e stupore e tale carattere divino viene confermato per la difficoltà che essi hanno a comprenderlo.

Noi pensiamo la mente in termini di un modello gruppale, ma perché non poter pensare che modelli di interazione gruppale siano anche presenti in numerosi funzionamenti dell'organismo vivente? Perché non estendere il modello gruppale anche alla corporeità? L'organo malato in fondo esprime un conflitto insanabile e viene così a costituirsi come un personaggio della propria gruppalità interna. Potrebbe quindi essere concepito come la parte autentica non ascoltata, che urla con la rabbia del dolore perché finalmente a essa si presti attenzione?

E ancora, quando il medico osserva un organo ai raggi X, per esempio, non ha necessariamente la rappresentazione dell'organo nella sua realtà, ma ciò che vede è quella specifica rappresentazione ottenuta mediante la luce incidente. Non solo il colore, ma anche la forma osservati al microscopio variano secondo il colorante con il quale li si è resi visibili. Così ciò che vediamo, udiamo, tocchiamo, gustiamo o odoriamo è comunque il prodotto dell'incontro tra la "cosa in sé" e le nostre possibilità percettive messe in campo, mai la "cosa in sé" stessa, e quindi, da una certa angolazione, anch'esso potrebbe essere considerato un oggetto del sapere non dato, se non all'interno di quel certo dominio cognitivo.

Da un punto di vista gruppoanalitico, quindi, si porrebbe anche la questione di considerare come anche gli enzimi, le molecole, le forze e i neutroni siano il prodotto storicamente contingente e provvisorio di operazioni culturali e di attribuzioni di significato, di modi di vedere il mondo e di come anche gli elementi scientifici più scontati e comuni siano interpretazioni e non entità obiettivamente esistenti, ovvero peculiarità naturali offertesi spontaneamente all'osservazione della comunità scientifica (Fornero, 1994).

Conclusioni

In quest'ottica, di conseguenza, la diagnosi e il concetto di diagnosi, anche quella proposta dal medico che guarda, osserva e ascolta un corpo malato, non dovrebbero più essere declinati unicamente su un versante oggettivante, ma potrebbero essere usati in un'ottica e all'interno di quel compromesso di cui ho parlato prima fra segni e simboli, calati dentro un approccio dialogico che non può prescindere dall'incontro con il singolo paziente, con la sua storia, le sue origini, il suo ambiente, là dove comprendere, capire il significato dei segni, vuole anche dire cambiare il contesto, per risignificarlo e porsi così in una costante logica trasformativa.

La sfida della complessità ci porta, di necessità, a cambiare i tipi di domande attraverso cui si definisce l'indagine scientifica. L'esclusiva attenzione per ciò che è generale, ripetibile e catalogabile si deve modificare per includere anche ciò che è singolare, irripetibile, contingente. E tutto ciò non può non coinvolgere anche il medico e il suo diagnosticare, lo psicoanalista e il suo interpretare, costruendo così un ponte fra un sapere scientifico e un sapere ermeneutico.

Anche dinanzi alla malattia del corpo si tratta di cercare un senso che non è subito evidente e comunque non è riconosciuto e non è ricercato. Aprirsi a tale prospettiva implica però fare un lavoro di ampliamento, produrre cambiamenti nell'approccio, sperimentare un linguaggio in grado di interpretare anche quei sistemi di segni che appaiono oscuri per ricercare un senso là dove sembra non esserci. E ciò non solo a fini conoscitivi, ma in ordine a una trasformazione.

BIBLIOGRAFIA

- Borutti S. (1999), *Filosofia delle scienze umane. Le categorie dell'antropologia e della sociologia*, Bruno Mondadori, Milano.
- Chiozza L.A. (1986), tr. it. *Perché ci ammaliamo*, Borla, Roma 1988.
- Fornero S. (1994), "Un'escursione sui confini della gruppoanalisi", in N. Benedetto (a cura di), *Pensare l'apprendere*, UPSEL, Torino.
- Gadamer H.G. (1993), tr. it. *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina, Milano 1994.
- Galimberti U. (1999), *Psiche e Techne. L'uomo nell'età della tecnica*, Feltrinelli, Milano.
- Napolitani D. (1990), "La necessità diagnostica e i suoi sconfinamenti", lezione tenuta alla Scuola di formazione in psicoterapia gruppoanalitica.
- (1995), "Concetti di normalità e devianza", lezione tenuta alla Scuola di formazione in psicoterapia gruppoanalitica.
- Mc Williams N. (1999), *Il caso clinico. Dal colloquio alla diagnosi*, Raffaello Cortina, Milano 2002.
- Varela F. J. (2000), tr. it. "Quattro pilastri per il futuro della scienza cognitiva", *Rivista Italiana di Gruppoanalisi*, 16, 3, 2002.