

La condivisione del dolore * □

Claudio Neri □

Il mio obiettivo è portare l'attenzione su alcuni aspetti e particolarità della condivisione del dolore psichico. È un problema importante che riguarda non solo gli psicoterapisti, ma anche i medici, gli infermieri, i tecnici, gli impiegati che lavorano in reparti ospedalieri, dove è costante l'incontro con la sofferenza e la morte.

Inizierò l'esposizione con una breve serie d'enunciazioni che presentano il dolore della perdita ed il processo del lutto. Mi concentrerò poi sulla questione cruciale e spesso poco considerata, dell'espressione del dolore e delle difficoltà che si possono incontrare nel dargli una forma adeguata. Infine, prenderò in considerazione le particolari caratteristiche che deve possedere l'empatia per il dolore. Tali caratteristiche sono diverse da quelle dell'empatia per altri aspetti del vissuto dei pazienti.

Lutto psichico e lutto sociale

Tutti siamo chiamati a sperimentare più volte nella vita il dolore della perdita: perdita di una persona cara, di una condizione di benessere, di un luogo conosciuto ed amato.

* Ho lavorato a lungo sui temi affrontati in questo articolo; precedenti stesure sono state presentate al Centro di Psicoanalisi Romano (19 dicembre 1998) ed al Centro per la Ricerca Interdisciplinare sulle Emozioni dell'Università di Haifa, (13 maggio 2001). Alcune considerazioni che compaiono in questo testo sono già presenti in una precedente pubblicazione (Neri, 2001).

□ Desidero ringraziare Chaya Kurz, Mercedes Lugones, Lydia Pallier, Maria Adelaide Palmieri e Giulio Cesare Soavi per l'attenta lettura del testo, i preziosi consigli dati e il generoso aiuto fornito nel portarlo a termine.

□ Medico, psicoanalista e psicoterapista di gruppo.

La forma caratteristica di condivisione ed elaborazione del dolore della perdita è il lutto.

Ampliando la visione psicoanalitica tradizionale, Francesco Corrao (1986) propone di considerare che il lutto abbia due facce: “lutto psichico” e “lutto sociale”.

Il “lutto psichico” non si sviluppa nel vuoto. L’individuo non inventa *ex novo* le forme e il linguaggio del proprio lutto.

Il “lutto sociale” è pura forma, se non è abitato dal dolore delle persone che hanno subito una perdita, e cercano attraverso il lutto una via di tornare alla pienezza della vita, pur nelle nuove condizioni determinate dalla perdita.

“Lutto psichico” e “lutto sociale” sono strettamente collegati. Il lutto implica funzioni svolte dall’individuo e dal gruppo in interazione tra loro.

L’individuo, la tradizione ed il gruppo

Quando un uomo o una donna muore, i familiari e le altre persone che gli/le sono strettamente legate vanno a dare l’ultimo saluto al corpo. Si svolge il funerale alla presenza del prete o una cerimonia laica. Gli amici si recano in visita di condoglianza. Congiunti e conoscenti parlano del morto e ne mettono in luce qualità e tratti di carattere. I familiari indossano abiti scuri ed osservano per un certo tempo regole particolari di comportamento.

Questi atti possono essere più o meno sentiti. I riti e le forme tradizionali del “lutto sociale” si mettono in ogni caso in opera, ma rimangono fredde e distanti, se manca un gruppo di persone tra loro legate da vincoli di affetto e solidarietà, che con la sua partecipazione dia loro vita ed autenticità.

La tradizione culturale e religiosa fornisce comunque riti e prescrizioni su cui l’individuo può provare a modellare e cadenzare i tempi e le vicissitudini del proprio “lutto psichico”. È però la presenza di un gruppo interessato e coinvolto che rende i riti ed i gesti del “lutto sociale” affettivamente rilevanti ed efficaci per il “lutto psichico”.

I diversi momenti del “lutto sociale” sono dettagliatamente indicati dalla tradizione, per ciò che riguarda la morte di una persona ed il comportamento dei suoi congiunti. Vi sono altre perdite, che possono quasi essere altrettanto importanti della morte di una persona prossima. Tra queste, vi sono ad esempio le interruzioni di gravidanza e l’aborto, la malattia grave di un figlio con la conseguente perdita di un’immagine di bambino sano, un intervento chirurgico con perdita del rapporto di fiducia col proprio corpo e della fantasia di invulnerabilità. Per tutte queste perdite, la nostra attuale tradizione non mette a disposizione riti e forme di “lutto sociale” altrettanto elaborate e ricche, rispetto a quelli che vengono attivati

per la morte di un parente. Anche negli ospedali, spesso, non sono previste situazioni e procedure che potrebbero fornire tempi e modi per esprimere e compartecipare il vissuto di perdita. La mancanza di adeguate forme tradizionali del “lutto sociale” e di nuove forme di condivisione che siano state appositamente predisposte, in questi casi, si fa sentire. La mobilitazione e lo stesso riconoscimento della perdita possono essere insufficienti. La partecipazione al lutto del gruppo di amici e congiunti spesso si verifica in modo meno intenso ed attivo. La persona che ha subito la perdita si trova frequentemente a dovere affrontare in solitudine l’esperienza della perdita e del “lutto psichico”.

Malinconia

Io vorrei affermare, proponendo un enunciato generale e sintetico, che un individuo può positivamente attraversare il processo del lutto, soltanto se è in rapporto con un gruppo di riferimento. Per converso, l’impossibilità ad avviare ed a completare il processo del lutto, non è soltanto effetto di un’incapacità dell’individuo, ma anche di una mancanza o carenza del gruppo di riferimento. (Romano, 1997)

Si delinea allora lo scenario della malinconia.

La persona malinconica permane in una condizione di “lutto strisciante”. I processi del lutto, infatti, non sono conclusi, ma sospesi.

Il quadro è caratterizzato dall’impossibilità a partecipare pienamente alla vita.

L’assunzione di droga ed il tenersi costantemente occupati sono manifestazioni frequenti. Il dolore della perdita, che non è stato adeguatamente elaborato, tende infatti a ripresentarsi e deve essere tenuto a bada.

Il rapporto con ciò che è stato perso è mantenuto come un legame immiserito, che peraltro viene incessantemente ricercato.

Il ritrovamento di un gruppo può essere il primo passo per affrontare un lutto sospeso e la condizione malinconica che ne è conseguita. Il gruppo ritrovato è a volte rappresentato da una sola persona. L’inizio di una psicoterapia e l’incontro con il terapeuta assumono frequentemente questo significato. Compito del terapeuta è allora recuperare e rendere nuovamente viva, nel lavoro di analisi, un’intera rete di rapporti familiari e di amicizia.

Soffrire il dolore

Bion specifica che non tutti sanno “soffrire” il dolore. Alcune persone subiscono il dolore, ma non sono in grado di soffrirlo. In alcuni reparti

ospedalieri - nei quali il contatto con la sofferenza e con la morte è quotidiano e prolungato - malati, familiari ed anche medici e personale possono trovarsi in questa condizione.

Qualcuna, tra le persone che non sanno “soffrire” il dolore, è però esperta su come “sessualizzarlo”. Non soffre il dolore, ma lo infligge o lo infligge a se stesso, oscillando tra sadismo e masochismo.

Altri sono capaci, di trasformare il dolore in spettacolo. Succede tra due soggetti di cui uno soffre e l'altro guarda soffrire, e che siano ben separati. Di fatto, “chi è dall'altra parte del vetro” si sente al sicuro. Si protegge con la fantasia che quello che succede “al di là”, non potrà in nessun caso capitargli. Dunque può guardare, spiare, giudicare, ed eventualmente patire e compatire. (Cerini, 2001)

Alcune altre persone, non hanno cognizione del dolore, possono però registrarlo. Il dolore registrato, come il trauma, provoca una torsione nello sviluppo della persona. La persona si sviluppa ma è costretta a curvarsi e piegarsi per evitare le “zone demarcate” dal trauma. Il trauma - afferma S. Ferenczi - è un “grande dolore”, “un dolore senza un contenuto di rappresentazione e pertanto inaccessibile alla coscienza”. La persona ricorda il “fatto” (spesso come stereotipo), ma questo rimane senza collegamenti vitali con il resto della sua esistenza. In un tempo successivo, se si presenteranno le condizioni opportune, il dolore - come il trauma - potrà venire condiviso, sofferto, elaborato.

Un'altra via seguita da chi non sa come “soffrire” il dolore è quella di essere costantemente angosciati. Quando una persona impara a distinguere il dolore dall'angoscia compie un passo estremamente significativo, perché presto si rende conto che il dolore è parte della vita, mentre l'angoscia è soprattutto manifestazione di conflitto e nevrosi.

Alessitimia

Per potere “soffrire” il dolore è necessario, prima di tutto, riconoscerlo ed esprimerlo. Non tutti, però, ne sono capaci.

Alessitimia (*alexithymia*) significa non avere parole per esprimere gli stati affettivi ed indica la difficoltà nel distinguerli. Il termine deriva dal greco ed è formato da tre lemmi: “*a*” cioè “senza”; “*lexis*” vale a dire “espressione”; “*thumos*” che significa “cuore”, “affetto”. *A-lexis-thumos* è dunque “un affetto senza espressione”.

La nozione comprende anche l'impovertimento della capacità di sviluppare fantasie ed un'esagerata preoccupazione per i sintomi somatici.

L'alessitimia è spesso associata all'anedonia, cioè ad una diminuita capacità di provare piacere. Chi non ha imparato a soffrire il dolore, non sa neanche "soffrire" il piacere.¹ (Loas et all. 1998)

Il termine alexithymia è stata introdotta in campo psicologico nel 1972 da Sifneos, per descrivere alcune caratteristiche psicologiche dei pazienti che soffrivano di malattie psicosomatiche.

I tratti caratteristici dell'alessitimia, successivamente, sono stati riconosciuti in persone che presentavano vari sintomi psichiatrici ed in particolare depressione. L'alessitimia è stata messa in relazione anche con le situazioni di *stress* e con le condizioni che seguono a traumi. (McDougall, 1989)

Le persone che soffrono di gravi disordini nel comportamento alimentare e quelle che vanno incontro ad attacchi di panico possono mostrare i segni dell'alessitimia. L'alessitimia è stata rintracciata, infine, anche in chi fa uso abituale di sostanze stupefacenti. (Krystal, 1978, 1979 e 1982-3; Anzani, 1999-2000)

L'alessitimia non è un fenomeno del tipo tutto o nulla. Si può parlare d'aree mentali alessitimiche, di condizioni nelle quali compare l'alessitimia, di tipi d'emozione che ne sono interessati. (Solano, 2001)

Una lieve forma di alessitimia (una difficoltà, più che un'incapacità) può comparire nel personale di reparti ospedalieri particolarmente sottoposti all'impatto prolungato della sofferenza. Questa ipotesi potrebbe aiutare a capire alcune difficoltà incontrate dai medici nel comunicare ai pazienti la diagnosi. La comunicazione della diagnosi è l'atto in cui il medico dà conto al paziente ed ai suoi familiari del risultato di una parte significativa del suo operare professionale. La comunicazione della diagnosi però è (o potrebbe essere) anche il momento in cui si apre una comunicazione e una condivisione di sentimenti: dolore, disperazione, attesa, fiducia, angoscia. È una comunicazione che inevitabilmente va nelle due direzioni: dal paziente e dai suoi familiari verso il medico e viceversa. La comparsa

¹ Friedrich Nietzsche (1885), nel Canto di Mezzanotte afferma che la difficoltà ad imparare a "soffrire" il piacere può essere ancora più grande della difficoltà a soffrire il dolore. «Profondo è il [...]dolore /Il piacere è più profondo. È più profondo ancora di quanto il cuore sopporti.» «*Tief ist ihr Weh!// Lust, Lust tiefer noch als Herze leid!*» Gustav Mahler ha scelto questi versi per il quarto movimento della sinfonia n.3 in minore.

dell'alessitimia corrisponde ad un blocco o a una limitazione di questo aspetto dalla comunicazione.²

Esprimere il dolore

Per condividere il dolore è essenziale esprimerlo in modo vivo e contemporaneamente dargli una forma precisa.³

Esprimere il dolore non significa gridare. Gridare può aiutare a fronteggiare, alleviare e gestire temporaneamente il dolore e soprattutto l'ansia. Per stabilire una condivisione, però, questo non basta; il dolore deve essere espresso in modo adeguato.

L'espressione adeguata del dolore, sostituisce l'espressione immediata, con un'altra che contiene un potenziale elevato di comunicazione e di relazione. La poetessa, Anna Achmatova (1957) scrive:

Negli anni terribili della *ezovcina* [gli anni del terrore staliniano] ho passato diciassette mesi in fila davanti alle carceri di Leningrado. Una volta qualcuno mi "riconobbe". Allora una donna dalle labbra livide che stava dietro di me e

² Sul versante opposto, rispetto all'alessitimia, si colloca un altro concetto che ha analoghe caratteristiche di grandissima generalità: l'intelligenza emotiva. Goleman, Salovey, Hsee e Mayer (1995), che hanno introdotto questa nozione, la descrivono come una complessa miscela, in cui giocano un ruolo fattori come l'autocontrollo, l'empatia e l'attenzione per gli altri. L'intelligenza emotiva consente di governare le emozioni. Nell'ambito dell'intelligenza emotiva rientra anche la capacità di capire - al di là delle parole - i sentimenti degli altri. L'intelligenza razionale ed emotiva non sono competenze opposte, ma solo separate. Tutti noi siamo dotati di una combinazione d'abilità intellettuali ed emozionali. Persone dotate di un'elevata intelligenza, ma con una scarsa intelligenza emotiva (come pure quelle che si trovano nella situazione inversa) sono relativamente rare, nonostante gli stereotipi correnti.

³ I pazienti abitualmente sentono di sentire le proprie emozioni. Nel caso in cui, però, provino a comunicarle, alcuni non hanno a loro disposizione un gran vocabolario. Il terapeuta dovrebbe ascoltare con molta considerazione ciò che il paziente sta dicendo; contemporaneamente guardare, in che modo egli appare nel colloquio; e prestare attenzione a ciò che gli fa provare. Dal confronto tra queste tre fonti d'informazioni, può emergere una maggiore comprensione dei sentimenti e delle emozioni. In altri casi, il vocabolario a disposizione del paziente è molto esteso, ma non essere lo stesso del terapeuta. Il terapeuta dovrebbe imparare a riconoscere i diversi nomi che ogni paziente dà alle differenti forme della sofferenza. Per esempio: "Sono ansioso, spaventato, terrorizzato, imbarazzato", sono varietà di sofferenze diverse. Mettiamo il caso che provaste a dipingerle, usereste diverse sfumature di colore. (Rouchy, 1998)

che, sicuramente, non aveva mai sentito il mio nome, si risosse dal torpore che era caratteristico di noi tutti e mi domandò in un orecchio (lì tutti parlavano sussurrando):

- Ma questo lei può descriverlo?

E io dissi:

- Posso.

Allora una sorta di sorriso scivolò lungo quello che un tempo era stato il suo volto.⁴

Anna Achmatova risponde: 'Posso!'.

Per esprimere il dolore, è necessario avere una sufficiente autostima. Non tutti si sentono all'altezza di avere dolori (e quindi anche gioie). Chi non può avere dolori, spesso, si ripiega su se stesso. Il dolore si trasforma in "depressione bianca": una condizione di torpore senza immagini e pensieri.

Accogliere il dolore mentale

Anna Achmatova non dà forma soltanto al proprio dolore, ma anche a quello delle persone che sono in fila con lei.

Si può aiutare altri ad esprimere un dolore che essi possono soltanto subire. Il compito allora è duplice: condividere il dolore con un altro o con altri ed aiutare nella possibilità che il dolore possa essere espresso.

Kohut (1971) afferma che: "un contributo specifico della psicoanalisi è l'aver trasformato l'empatia intuitiva degli artisti e dei poeti nello strumento d'osservazione di un ricercatore scientifico addestrato".

I medici e gli infermieri, che si prendono cura di malati gravi, spesso possono fare affidamento soltanto sulla loro "empatia intuitiva". Essi hanno completato un *training* relativo alla cura della malattia ed alla gestione del dolore fisico, ma non sono stati addestrati ad entrare in contatto empatico con il dolore psichico dei malati e dei loro familiari.

L'uso professionale dell'empatia implica contenere il dolore in una parte della mente che è stata istruita (e che è divenuta quindi affidabile e sicura) e poi mandare un'eco di come è stato sperimentato il dolore alla persona con la quale si è in rapporto. Quest'eco può prendere forma in parole, ma

4 Il termine *ezovcina* non indica genericamente il terrore di Stalin, ma il periodo in cui era ministro degli interni Nicolaj Ivanovič Ezov – forse il più sinistro fra tutti i collaboratori di Stalin negli anni del terrore – e cioè dall'autunno 1936 alla fine del 1938.

anche semplicemente in una qualità della presenza o in una particolare postura del corpo.

L'uso professionale dell'empatia permette di modulare avvicinamento e stanziamento, preservando uno spazio per il pensiero di cui valersi, a proprio vantaggio ed a vantaggio delle persone con le quali si è in rapporto. Se la modulazione della distanza affettiva non ha luogo, si può avere l'attivazione nei pazienti di sentimenti di avida richiesta e di violento rifiuto, che sono estremamente intensi e contraddittori. La protezione, la dipendenza, la prossimità sono contemporaneamente e violentemente richiesti e rifiutati.

Empatia ed intuizione

L'empatia, come viene impiegata durante la seduta di psicoterapia - aggiunge Kohut - non è istantanea e non è correlata all'intuizione; anzi, è un processo mentale lento e faticoso. (La Forgia, 2001)

Io non ritengo che questa affermazione di Kohut sia completamente esatta per ciò che riguarda l'empatia con il dolore. Nel rapporto empatico con il dolore, infatti, l'intuizione svolge un'importante funzione. Il carattere, spesso molto intenso dell'impatto doloroso, rende necessaria una percezione rapida e quindi l'impiego dell'intuizione.

«Mariana racconta: la madre di un'amica è morta due giorni prima. L'amica le è cara e molto vicina. Anche sua madre (la madre di Mariana), che è morta un anno prima, era amica della madre dell'amica.

Avverto il violento dolore di Mariana. La percezione – o forse più precisamente l'intuizione del dolore – viene associata automaticamente nella mia mente all'immagine di una lama di coltello ben levigata e splendente. Associa, mentalmente anche una parola: “la tigre-assenza”.

Non dico nulla. Mariana, senza vedermi, perché sono seduto dietro di lei sdraiata sul divano, percepisce (forse attraverso il mutare della mia postura corporea) che ho accolto la sua sofferenza.

Piange. Il suo dolore violento fa contrasto con l'infinita stanchezza di cui mi ha parlato in seduta, settimana dopo settimana. Diversamente dalla stanchezza, il suo dolore è vivo. Mariana non è più nella condizione di malinconia (o di

“depressione bianca”), ma è nella condizione di qualcuno che soffre e contemporaneamente lotta per far fronte al colpo.»

Malinconia, dolore e inibizione dell'attività psichica

Chi condivide il dolore - dice Francesco Corrao (1986) - deve essere intensamente partecipe, ma, evitare ogni ripiegamento intimistico. Questo atteggiamento potrebbe favorire una tendenza del paziente a lasciarsi andare alla passività. Il dolore psichico, se viene elaborato, è fruttuoso. L'elaborazione però richiede - come avviene per il dolore del parto - l'attiva partecipazione della persona stessa che sta soffrendo.

Un'indulgenza intimistica, inoltre, aumenterebbe il rischio di un indebolimento della capacità di pensare dell'analista.

Freud - nella minuta G del 1895 - mette in relazione malinconia, dolore e inibizione dell'attività psichica. Malinconia e dolore si alimentano reciprocamente. La loro azione congiunta provoca una sorta di emorragia interna, con una caduta della spinta alla valorizzazione della vita ed un rallentamento dell'attività affettiva ed intellettuale.

L'analista, disponendosi a partecipare del dolore del paziente, corre il rischio di prenderne a prestito anche la più generale attitudine verso il ritiro e la depressione e quindi verso una ridotta attività mentale.

Attenzione e spontaneità

Io ho raccolto, nella mia pratica clinica, questa indicazione di Corrao, adattandola alle mie capacità e stile. Il mio approccio può essere sintetizzato nel binomio: attenzione e spontaneità.

Presto molta attenzione all'incontro con l'analizzando ed alle prime fasi della seduta. Il modo in cui avviene l'incontro, spesso, per una persona sofferente (e quindi sempre anche spaventata), decide dello svolgimento dell'intera seduta.

Faccio, abbastanza presto nella seduta, qualche commento su ciò che il paziente mi sta dicendo, anche se si tratta non di una profonda comprensione, ma soltanto di considerazioni semplici e di buon senso. Sono, infatti, consapevole che il dolore si accompagna al sentimento di solitudine e che la persona che si trova con me nella stanza si attende di sentire la mia voce ed ha bisogno di ricevere qualche segno di interessamento.

Ho notato, inoltre, che se all'inizio della seduta taccio a lungo, stando con un paziente intorpidito dal dolore, progressivamente divengo anch'io più

passivo, mi isolo nella poltrona, e vengo avvolto da una nebbia fredda di scoraggiamento e senso di incapacità a capire.

A volte, questo stato di pesante immobilità deve essere vissuto, sperimentato e condiviso. Altre volte, però, sostare a lungo, in questa nebbia fredda, non è germinativo di alcuna condivisione mentale. Al contrario, una rianimazione dei sentimenti consente più facilmente, che dopo che si è stabilito un contatto emotivo, si possano presentare il dolore ed anche la disperazione, che precedentemente erano soffocati nella stagnazione.

Talora, attivo tra me e il paziente qualche scambio, quasi una conversazione, che assomiglia a quella della vita reale, come ha luogo quando due persone sono insieme in una stanza, e la relazione tra queste due persone è un “*two way affair*”, una faccenda privata, un parlare di qualcosa che è tra loro due. (Nissim, 1992)

Questi scambi hanno lo scopo di rimettere in movimento il linguaggio. Fanno trovare dei punti caldi e dei punti dolenti. Riattivano una rete di relazioni umane, parole, memorie latenti. Il dolore, inserito in questa rete, progressivamente acquista un “calore segreto” che lo rende più condivisibile. (Arrigoni e Barbieri, 1998; de Martino, 1964; Neri, 1998).

Conclusioni

Nel momento del dolore, un gesto di vicinanza affettiva è recepito come dotato di un particolare carattere d'autenticità. La persona sofferente avverte che chi lo compie le sta diventando molto caro. Il sentimento, spesso, trova corrispondenza. A sua volta, chi ha saputo condividere la sofferenza di una persona avverte che questa le diviene cara.

I reciproci investimenti affettivi di due persone, che si trovano nella situazione di condivisione del dolore, seppure mossi da motivazioni, fantasie e necessità differenti, sono convergenti. Essi sono, inoltre, investimenti molto ingenti e profondi.

Il dolore, di solito, divide anche persone che prima erano unite. Un evento doloroso, però, può divenire un'occasione per stabilire un legame. Francesco Corrao lo ha chiamato *Koinodinia*: la comunanza stabilita dal dolore. L'intensità e la durata di questo legame sono tanto grandi, da essere comparabili a quelle del legame di parentela o di un'antica e contraccambiata ospitalità.

Bibliografia

- Achmatova, A.A. (1957). *La corsa del tempo*. Einaudi, Torino. 1992.
- Anzani, I. (1999-2000). *Dentro al cerchio: dal soma verso l'affetto e la parola*. Tesi di laurea in Psicologia, Università "La Sapienza" Roma.
- Arrigoni, M. P. e Barbieri, G. (1998). *Narrazione e psicoanalisi. Un approccio semiologico*. Cortina, Milano.
- Bion W.R. *Attenzione e interpretazione*, citato secondo Corrao, F. (1986). Il concetto di campo come modello teorico, in *Orme (II°)*. Cortina, Milano, 1998.
- Cerini, G. (2001). Che spettacolo la sofferenza. *II Sole 24 Ore*. 41, 38.
- Corrao, F. (1986). Il concetto di campo come modello teorico, in *Orme (II°)*. Cortina, Milano, 1998.
- De Martino E. (1964). Apocalissi culturali e apocalissi psicopatologiche. *Nuovi Argomenti*, 69-71: 105-41.
- Ferenczi S. *Diario clinico*, citato secondo Martín-Cabré, L.J. (1998). "Si prega di chiudere gli occhi". *Il ruolo del diniego nella teoria del trauma*. Letto al Centro Psicoanalitico di Roma.
- Freud, S. (1895). Minuta G.: Malinconia, citato secondo Corrao, F. (1986). Il concetto di campo come modello teorico, in *Orme (II°)*. Cortina, Milano 1998.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. Bantam, New York. [trad. It. *L'intelligenza emotiva*,. Rizzoli, Milano. 1996].
- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self*. Hogarth Press, London. [trad. It. *Narcisismo e analisi del sé*, Boringhieri, Torino. 1976].

Krystal, H. (1978). Self-representation and the capacity for self care. *Annual of Psychoanalysis*, VI, 209-46.

Krystal, H. (1979). Alexithymia and psychotherapy, *American Journal of Psychotherapy*, Vol. XXXIII, 17-31

Krystal, H. (1982-83). Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. *International Journal of Psychoanalysis and Psychotherapy*, IX, 353-88.

La Forgia, M. (2001). *Empatie radicali e distali*. Dattiloscritto inedito.

Loas, G. et all. (1998). Anhedonia, alexithymia and locus of control in unipolar major depressive disorders. *Psychopathology*; Basel; Jul/Aug.

McDougall, J. (1989). *Theaters of the Body*, Free Association Books, London. [trad. it. *I teatri del corpo*. Cortina, Milano. 1990].

Neri, C. (1998). Il calore segreto degli oggetti: a proposito di un saggio di Ernesto de Martino. *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, 40, 129-142.

Neri, C. (2001). La spontaneità nel dialogo analitico. In Di Chiara, G., Gaburri, E. et all. (2001). *La psicoanalisi in Italia 5*. Francesco Corrao. Quaderni del Centro Milanese di Psicoanalisi "Cesare Musatti", Milano.

Nietzsche, F. (1885). *Zarathustras Mitternachtslied*. in *Also sprach Zarathustra* ftp://humanum.arts.cuhk.edu.hk/pub/E-text/Nietzsche/niet_asz.html [tr. it. *Il canto della Mezzanotte*, in *Così parlò Zarathustra*, in *Opere di Friedrich Nietzsche*. vol. VI. Adelphi, Milano. 1968]

Nissim Momigliano, L. (1992). Due persone che parlano in una stanza. Una ricerca sul dialogo, in Nissim Momigliano L., Robutti A., (a cura di) *L'esperienza condivisa. Saggi sulla relazione psicoanalitica*. Cortina, Milano.

Romano, R. (1997). Artù nell'Etna e il gruppo assente. *Koinos. Gruppo e funzione analitica*. XVIII, 1-2, pp. 21-30.

Rouchy, J.C. (1998). *Le groupe espace analytique: clinique e théorie*. Editions Érès, Ramonville Saint-Agne. [trad. It. *Il gruppo spazio analitico: clinica e teoria*. Borla, Roma. 2000].

Sifneos, P. E. (1973), The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients, *Psychother. Psychosom.*, 22, 255-262.

Solano, L. (2001). *Tra mente e corpo. Come si costruisce la salute*. Cortina, Milano.

Claudio Neri
via Cavalier D'Arpino, 26
00197 Roma - Italia

e-mail:
cav.darpino@mclink.it
neric@iol.it