

La buona medicina

Funzione del farmaco nella relazione terapeutica*

Giuseppe Riefolo**

“variazioni nell’uso del lettino, forme aggiuntive di terapia, ricorso a farmaci, cambiamenti nella frequenza delle sedute, consultazioni esterne e altro sono per me pane quotidiano”
(Bromberg, 2006, 107)

Abstract

In una prospettiva squisitamente psicoanalitica, il farmaco può essere colto come un elemento neutrale che si presta ad infinite possibilità di essere “usato” dall’analista per trovare vie di sintonizzazione affettiva con il suo paziente. Il farmaco viene colto come una “cosa” che l’analista può usare per cogliere un’area transizionale in cui comunica al paziente il proprio rispetto per la qualità concreta del proprio dolore, ma al tempo stesso comunicargli il proprio interesse per condividere spazi di cura altrimenti impossibili. In questo senso il farmaco dice della qualità affettiva ed intima della relazione terapeutica. Attraverso la mediazione del farmaco l’analista si sintonizza con il linguaggio concreto attraverso cui il paziente può presentare il proprio dolore ed accedere a livelli di cura altrimenti inaccessibili. Si precisano, quindi, concetti quali “Relazione Psicofarmacologica”; “funzione Placebo” e “Responsabilità Psicica” considerate come caratteristiche di una particolare modalità di relazione analitica tra paziente e terapeuta.

Parole Chiave

Psicofarmaco; Relazione Psicofarmacologica; Placebo; Responsabilità Psicica; Cose psichiche; servizi Psichiatrici

Premessa

Cercherò di proporre alcune riflessioni colte soprattutto dal lavoro clinico con pazienti gravi in cui il farmaco assume spesso una posizione centrale e potente nei percorsi terapeutici. Lo sfondo è quello dei servizi territoriali e di un analista che ha profondamente fiducia nella funzione dei servizi territoriali come il miglior setting possibile per una cura ispirata alla psicoanalisi di pazienti gravi. Proverò a sostenere soprattutto alcuni punti:

- La dimensione ambivalente del farmaco;
- Il farmaco assume senso nell’uso (Winnicott) che ne fa il medico e nel *campo* terapeutico;
- Il farmaco è il *depositario* (Pichon-Riviere) delle reciproche rappresentazioni che paziente e terapeuta hanno della sofferenza psicologica del paziente.

La funzione placebo

Dal meccanismo biologico alla ritualità della relazione anaffettiva, si sviluppano numerosi altri livelli di relazione tra paziente e terapeuta mediati dal farmaco. Voglio riflettere soprattutto su

* Intervento presso il Centro Veneto di Psicoanalisi, Padova, aprile 2018.

** Psichiatra ASL ROMA1, membro ordinario Società Psicoanalitica Italiana.

quella ampia area di funzionamento del farmaco in cui la funzione biologica è a più livelli influenzata o persino determinata dalle qualità affettive della relazione terapeutica. Si tratta evidentemente di un'area in cui l'effetto biologico del farmaco si combina fino a poter essere, in alcuni casi, persino totalmente sostituito da quello che i medici, spesso con connotati negativi, definiscono "effetto placebo"¹. In realtà nella pratica della medicina clinica il medico è piuttosto orientato a considerare l'effetto placebo come la soluzione alla sua incapacità a tollerare di poter curare senza i farmaci. Il farmaco placebo, quindi, di ampio uso soprattutto nella medicina di base e psichiatrica è il *non-farmaco* che può essere prescritto ad un paziente che, difensivamente, sollecita il proprio medico ad un intervento *solo* farmacologico. La prescrizione di un "non-farmaco" risulta quindi una grave rinuncia del medico ad aiutare il proprio paziente perché accolga nella relazione con lui gli elementi affettivi di cui il paziente, evidentemente, intuisce lo spessore e che teme profondamente. In questi casi la prescrizione di un non-farmaco è, da parte del medico, un atto aggressivo oltre che, sul piano dinamico, soprattutto una grave rinuncia alla propria funzione psicologica che, invece, il paziente prova con tutte le sue forze ad evocare in lui. Il placebo è invece, dal mio punto di vista, il contenuto più denso e potente di ogni terapia farmacologica. È il crinale dove la funzione meccanica ed anaffettiva del farmaco biologico può creare un varco agli affetti: il paziente può sentire che quella *cosa* concreta e tangibile che il medico gli offre è segno della sua buona relazione con lui, segno della sua *preoccupazione*, di antichi connotati genitoriali che, magari, nella propria esperienza portano il segno di costanti fallimenti e delusioni. In questo senso la funzione placebo del farmaco non è una funzione attiva di "terapia", ma è propedeutica, e premessa ad ogni terapia possibile, lo *sfondo* su cui si disegna gradualmente la vera relazione terapeutica e la stessa funzione effettiva del farmaco. Mi riferisco, in particolare alla distinzione che Racamier propone tra "cura" e "terapia" delle psicosi. La cura è momento preliminare e propedeutico ad ogni terapia: "Senza una base di cure non vi è psicoterapia possibile nella gran parte degli psicotici" (1970, 745). L'ambito della psicoterapia è l'inconscio, mentre "...le cure si orientano alle capacità autonome dell'Io" (*ibid.*, 761). Nella stessa linea si può leggere la nota differenza proposta da Winnicott (1970, 121-122) fra "la cura", e "il curare/prendersi cura". In sostanza il placebo è l'indicatore fedele dell'autentico tono affettivo della relazione fra paziente e terapeuta: per entrambi il placebo può essere un *dono* o, al contrario, un "non-farmaco" squalificante. Nella quota in cui non è governata, la funzione placebo è la rinuncia al processo di cura. Il placebo non cura (non è un farmaco), ma *dice* della cura.

Il farmaco strategico

Il farmaco ha una funzione *strategica*: spesso è il "cavallo di Troia" di molte relazioni terapeutiche difficili in cui il quadro clinico sia governato dalla acuta negazione del riconoscimento di bisogno di aiuto psicologico (Riefolo, 2001). In questi casi il farmaco può essere investito del ruolo di *depositario*² automatico e scisso del disturbo: il paziente accetta il farmaco come qualcosa che rimane marginale nella propria esperienza e, nonostante l'abbia accettato dal suo medico, la relazione con lui viene sentita separata (è dissociata) dalla necessità del farmaco. Se non "usato" strategicamente dal medico, esattamente come nel mito del cavallo di Troia, il farmaco potrà avere un effetto devastante per la relazione terapeutica. Se il medico ne saprà fare un uso psicoanalitico, nonostante (anzi: soprattutto attraverso) la collocazione molto marginale che il paziente assegna al farmaco, esso potrà inaugurare una relazione fra paziente e terapeuta accogliendo su di sé, ma al

¹ Su questo tema, considerato soprattutto nei suoi aspetti positivi, e per un minimo indirizzo bibliografico sull'argomento cfr. Skrabanek, Mc Cormick (1989), in cui il primo capitolo è proprio dedicato ad una rassegna critica sul "placebo".

² Il *depositario* è un oggetto che contiene e autorizza la simbiosi fra caratteristiche contrastanti di una serie di oggetti prima che questi procedano verso la discriminazione reciproca; dispositivi potenziali che permettono e attendono di divenire *oggetti* (esperienza della *cosa*) (Bleger, 1967).

tempo stesso evidenziando seppur in modo dissociato e “ai margini”, il riconoscimento da parte del paziente della propria sofferenza psicologica.

Una situazione ancor più delicata, ma dello stesso tipo, si verifica quando il paziente è apertamente ostile ad ogni tipo di farmaco perché ciò connoterebbe – nella linea dell’equazione simbolica - un riconoscimento persino formale del proprio statuto di “malato mentale”. Molte volte questi casi ci obbligano alla assunzione della totale “responsabilità psichica” (Meltzer, 1967)³ che può durare anche molto a lungo, e che comporta prescrizioni farmacologiche che diventano un *gioco* sottile fra il paziente che “ufficialmente” non vuole sapere (sente di non poter partecipare), e noi che non possiamo sottrarci al compito delicato di curare comunque il paziente (cioè essere comunque *presenti*) nonostante il suo formale contratto con noi a non assumere alcuna medicina. In questi casi spesso i pazienti, ribadendo la loro avversità netta agli psicofarmaci, vengono invece a chiederci medicine internistiche, vitamine, iniezioni ricostituenti..., come a chiederci una assunzione di responsabilità che, a volte, possiamo pure sentire enorme, ma necessaria se ci si vuole prendere cura di pazienti molto gravi, altrimenti inavvicinabili. In altri casi i pazienti attaccano ogni assunzione farmacologica, ma, all'interno di una sostanziale buona relazione terapeutica, a casa chiedono puntualmente ai familiari, ad orari che spesso appaiono quelli delle assunzioni farmacologiche, bicchieri di latte, di acqua, di té,... Il potere del medico e dei familiari in questi casi è enorme quanto totale è la delega del paziente a voler essere curato: il farmaco può essere il rappresentante concreto di questa delega e diventare un *dono* che il medico piano piano introduce, ma può facilmente diventare davvero un cavallo di Troia intrusivo e devastante se medici e familiari, alleati con gli aspetti di negazione del paziente, sentono di dover solo attaccare l'impotenza del paziente a saper prendersi cura di sé (la sua psicosi).

Nella relazione col paziente gravemente psicotico, le cosiddette *vie di somministrazione* sembrano descrivere essenzialmente percorsi di accesso alla fiducia del paziente: il corpo è crinale essenziale di questa fisiologia della disponibilità da parte del paziente. La via di somministrazione diviene molto spesso il luogo dove possono incontrarsi l'immagine che il medico costruisce del paziente e la disponibilità del paziente stesso ad accettare gli venga restituita (spesso offerta) una immagine di Sé che temeva perduta, inaccessibile. L’assunzione orale ha il senso sostanzialmente di più matura collaborazione da parte del paziente; all’opposto l’assunzione per via parenterale sancisce una relazione di totale delega che può muoversi fra capacità del medico/servizio ad assumersi temporaneamente la delega totale del paziente, oppure può rappresentare un atto di netta e devastante invasività nelle capacità di autonomia residue del paziente che vengono ad essere squalificate da un interlocutore che non sappia leggerle. Nella mia esperienza, in situazioni molto acute, il semplice passaggio da un’assunzione parenterale ad una orale spesso ha rappresentato il senso di un intero percorso (*processo*) di ricovero, come nel lavoro territoriale la differenza può essere fra le assunzioni depot e quelle orali quotidiane.

Il farmaco del contenimento inderogabile

Sottolineo la funzione potentemente contenitiva del farmaco nelle fasi di acuzie: l'effetto biologico incisivo del farmaco sedativo o antipsicotico può essere, in questi casi, un potente strumento per la funzione contenitiva che medici ed operatori sono chiamati ad esercitare in fasi in cui la frammentazione governa il paziente. Il crinale delicato in questi casi è fra *funzione coesiva* e *contenzione farmacologica*, e fra *funzione potente* e *posizione magica*. Tutto si gioca nella capacità di sapersi alleare alla funzione del farmaco o prescrivere invece un farmaco il cui effetto sfugge al medico e sia invasivo per il paziente: “Il medico che risuscita e guarisce è, per la sua stessa onnipotenza, inaccessibile poiché la sua cura non è l'esito di un incontro, di una capacità di

³ “La ‘responsabilità della realtà psichica’ comprende, nell’ambito della struttura mentale, funzioni pressoché identiche a quelle di un adulto che controlla le attività di un gruppo di bambini, e cioè osserva e, se necessario, frena il loro comportamento” (Meltzer, 1967, p. 114)

rassicurazione, della decodificazione di un senso che egli può aver individuato dietro il sintomo per il quale il soggetto sembra essersi emarginato dalla normalità, cioè dai suoi simili. Il risultato è l'esito della somministrazione di una medicina che comanda le sue reazioni, i pensieri, i suoi sentimenti al di là di lui e nonostante lui" (Green, 1961). In questi casi risultano di estrema importanza le vie di somministrazione del farmaco: la disponibilità del paziente ad assumerlo per via orale è spesso segnale della sua recuperata capacità di alleanza esplicita col medico e quindi di riconoscimento delle proprie difficoltà. Al polo opposto la somministrazione "endovenosa" può significare, da parte del medico, l'accoglimento della impossibilità del paziente a questo riconoscimento; può diventare, nell'ambivalenza costante che percorre la "relazione farmacologica", momento in cui il paziente sente invadersi da un farmaco dal potere magico e mai avvicinabile.

Francesco ha 21 anni. La crisi psicotica è molto acuta, segnalatasi nello spazio di pochi giorni con convinzioni deliranti di rivelazioni mistiche che giustificano comportamenti euforici, iperattività. Condotta nel più vicino ospedale gli viene praticata intramuscolo una fiala di ansiolitico, rassicurato e rinvio a casa. L'iniezione ottenuta come solo atto di aiuto, nel registro diretto e mai simbolico della psicosi acuta, diviene per Francesco verifica tangibile della impossibilità a poter essere capito (contenuto). La presenza inadeguata del medico che idealizza il farmaco viene sentita persecutoria. I vissuti e gli spunti deliranti colgono da questa esperienza temi adeguati a strutturare un più solido delirio: dopo poche ore in cui Francesco sembrava aver miracolosamente beneficiato della iniezione dell'ansiolitico e delle rassicurazioni dei medici del pronto soccorso, è necessario ricondurlo in un servizio psichiatrico ospedaliero dove Francesco in modo improrogabile chiede ora gli venga "estratto un ago che ha dentro la coscia...".

La stessa stanza in cui si svolge il colloquio, nella sua fisicità, sembra proporre gradualmente accoglimento a Francesco: è impossibile per lui ogni livello di partecipazione e condivisione minima della propria angoscia destrutturante; la psicosi tenuta fuori si insinua nella esperienza come ago incluso e per Francesco il condividere anche minimamente la presenza dell'ago può significare la morte ontologica. Il farmaco che nel primo incontro ha rappresentato per Francesco la esperienza di non poter essere accettato, ora attraverso l'indicazione dell'ago incluso viene investito di onnipotenza come antidoto complementare adeguato ad incontrare la psicosi. In questo caso la prescrittività del ricovero coincide con l'assunzione della totale delega alla cura che indirettamente il paziente opera. Il farmaco offre al medico la opportunità di presentarsi e tollerarsi onnipotente per un attimo come solo livello in cui poter incontrare un paziente che *chiede* la sedazione farmacologica come sola possibilità di sospendere appena la propria angoscia destrutturante.

In questo caso il paziente coglie nella inadeguatezza della risposta che un medico gli fornisce attraverso la iniezione dell'ansiolitico, la verifica e, potremmo dire, le parole per rappresentare la propria sofferenza. Francesco sembra tracciare un perfetto quadro di cosa sia per lui la psicosi: la verifica di essere tenuti distanti da un *Altro* sentito fragile, incapace di capire, quindi di accoglierlo. Nel secondo incontro con un medico, Francesco in modo significativo viene ad adeguarsi ad un registro linguistico che la psicopatologia descrittiva può anche definire una "convinzione delirante", ma che in realtà è semplicemente una richiesta di aiuto che solo la prima esperienza aveva reso, sul piano ideativo, un "delirio". Sostanzialmente, e con l'onnipotenza di cui solo la psicosi è capace, chiedeva venisse cancellata la precedente esperienza di fallimento sentita come "ago nella coscia" che bisognava assolutamente estrarre per ripristinare magicamente l'antico benessere.

Cronicità nella relazione

La *cronicità*, per quanto luogo degli esiti deficitari della psicosi, è comunque anche ambito di relazioni ampie in cui il paziente viene a verificare la costante impossibilità di poter ottenere risposte adeguate a sostenere il proprio percorso di maturità e crescita sospeso, alcune volte nettamente invertito, dal processo della psicosi (Ferro, Riefolo, 1987). Il "Cronos" evocato a definire negativamente il processo esperienziale della psicosi è fuorviante, magari funzionale ad una

certa nosologia che sembra informare anche le recenti versioni del D.S.M., soprattutto sterile sul piano della Clinica e della funzione terapeutica. La cronicità non è un luogo che si struttura nel tempo bensì un registro comunicativo, una risposta che la psicosi evoca inderogabile e che in nessun modo viene data ad un paziente che, da parte sua, può solo verificarsi costantemente inadeguato a cogliere aiuto. Il paziente si stabilizza ad un funzionamento regredito come unica “soluzione autoterapeutica” alla sua psicosi (Ferro, Riefolo, 1987; Piperno, Riefolo, 1991; 2001; Correale, 1991). Esso, nei tempi lunghi delle cure soprattutto istituzionali dei pazienti psicotici, diviene facilmente luogo della perdita di vitalità dei sistemi terapeutici, a meno che il servizio o il singolo terapeuta non metta in atto una costante e solida “manutenzione analitica” del sistema di cure.

Il farmaco interviene nella relazione di cronicità come mediatore e modello ideale prestandosi nella sua natura sostanzialmente ambigua: oggetto onnipotente che guarisce senza chiedere partecipazione e secondo dinamiche che si collocano oltre ogni possibile consenso del paziente. Al tempo stesso nel percorso della cronicità il farmaco può facilmente divenire oggetto che sancisce la distanza collocandosi sempre tangente alla relazione e agli affetti, velo dietro il quale il medico può nascondersi nella illusione di poter dissociare la propria funzione dalla propria persona. Nel percorso della “cosiddetta cronicità” gradualmente il luogo del farmaco prende il posto degli affetti e delle emozioni. La prescrittività dello psichiatra (o del servizio) propone attraverso il farmaco anestesia invece di accogliere intera la sofferenza individuando un modello eccellente di quanto ciò che definiamo “cronicità” sia sostanzialmente un processo iatrogeno attivo attraverso la relazione col paziente. Per gli ambiti in cui la relazione terapeutica si presta alle dinamiche della cronicità e ne è decisamente intrisa, la storia del paziente, ad un certo punto del suo percorso può risultare segnata dall'incidenza del farmaco piuttosto che dagli avvenimenti. Troviamo che i pazienti non ci parlano più della loro storia, ma dei numerosi “cambiamenti della terapia farmacologica”. Nel percorso della cronicità i farmaci che si modificano sembrano voler significare un percorso di cura che evolve, mentre le “ricette” che si accumulano dicono di una memoria senza spessore. È significativo considerare come questa memoria venga puntualmente custodita con cura soprattutto dai familiari dei pazienti i quali, ad ogni ulteriore visita (*controllo*) restituiscono al medico il *suo* archivio e il *suo* paziente in una cornice rituale che, nella logica del rito, non può concepirsi evolutiva. Peraltro, proprio lo psicofarmaco ha esattamente questo mandato sin dalla sua introduzione negli anni del secondo dopoguerra: ha certamente contribuito a ridurre la necessità di degenza negli ospedali psichiatrici, ma non v'è dubbio che ciò vada considerata un'opportunità prima ancora che un obiettivo. Il paziente che grazie allo psicofarmaco ha minore necessità di essere ospedalizzato (Basaglia, 1965), può comunque mantenersi nel percorso di cronicità perché questa attiene solo a livelli non adeguati di *comprensione* del paziente psicotico e non può essere ridotta, a semplice dinamica da istituzionalizzazione o di segregazione sociale. Continuo a sostenere la tesi che il farmaco non sia per sé stesso indice di buona o cattiva cura, ma sia *depositario* della qualità – buona o cattiva che sia – della relazione di cura che ho chiamato “relazione psicofarmacologica” e, quindi, che lo si accetti o meno, il farmaco non esime in alcun modo dall'importanza della relazione che ciascun operatore (non necessariamente il medico...) organizza e cura con il proprio paziente.

*Se il malato ha perduto la sua
libertà a causa della malattia,
questa libertà di ripossedere sé
stesso gli è stata donata dal
farmaco.
(Franco Basaglia. 1965, 252)*

- Aulagnier P. (1992). Vie di ingresso nella psicosi. In *La violenza della interpretazione*, Borla Roma, 1994.
- Balint M. (1968). *La regressione*, Cortina, Milano, 1983.
- Basaglia F. (1965). La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione. In: *Scritti*, I, Einaudi, Torino, 1981.
- Bastianini T., Ferruta A. (a cura di) (2018). *La cura psicoanalitica contemporanea. Estensioni della pratica clinica*, Fioriti, Roma.
- Bleger J. (1967). Psicoanalisi del setting psicoanalitico. In: Genovese C. (a cura di) *Setting e processo psicoanalitico*, Cortina, Milano, 1988, 243-256
- Boccaro P., De Sanctis R., Riefolo G. (2005). Lo psicoanalista e le sue istituzioni. La posizione dell'analista nei servizi pubblici e nella stanza di analisi, *Riv. di Psicoanalisi*, LI, 1, 69-86.
- Boccaro P., Meterangelis G., Riefolo G. (2018). *Enactment. Parola e azione in psicoanalisi*. Angeli, Milano.
- Bodei R. (2009). *La vita delle cose*, Laterza, Bari.
- Bromberg Ph. M. (1998). *Clinica del trauma e della dissociazione*, Milano: Cortina, 2007.
- Bromberg Ph. M. (2006). *Destare il sognatore*, Cortina, Milano, 2009.
- Bromberg Ph. M. (2011). *L'ombra dello tsunami*, Cortina, Milano, 2012.
- Correale A. (1991). *Il campo istituzionale*, Borla, Roma.
- Donnet J. L. (2001). De la règle fondamentale a la situation analysante, *Int. J. Psychoanal*, 82, 1:129, relazione al XLII Congresso IPA, Nice, 23 – 27 luglio. (trad it., Dalla regola fondamentale alla situazione analizzante, *Psicoanalisi*, 6, 2:115-129, 2002).
- Fogel G.I. (2006). Gender as soft assembly by Adrienne Harris Hillsd... 25). 2005. *Int. J. Psycho Anal.*, 87:1164-1170.
- Green A. (1961). Chimiothérapies et psychothérapies. (Problèmes posés par les comparaisons des techniques chimiothérapiques et psychothérapiques et leur association en thérapeutique psychiatrique). *L'Encephale*, 50, 1:29-101.
- Damasio A. (1994). *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*. Adelphi, Milano 1995.
- Damasio A. (1999). *Emozione e Coscienza*, Adelphi, Milano, 2000.
- Ferro F.M., Riefolo G. (1987). Il mito della cronicità, in: *Gravità della psichiatria*, Bulzoni, Roma, 1987, 99-107.
- Ferro F.M., Gaddini A., Riefolo G. (1994). *Del buon uso delle Cose*; relazione al Congresso della Società di Psicoterapia Medica, Lucca.
- Fogel G.I. (2006). Gender as soft assembly by Adrienne Harris Hillsd... 25). 2005. *Int. J. Psycho-Anal.*, 87:1164-1170.
- Green A. (1961). Chimiothérapies et psychothérapies. *L'Encephale*, , 50, 1:29-101
- Jaspers K. (1953). *Il medico nell'età della tecnica*, Cortina, Milano, 1991.
- Kohut H. (1971). *Narcisismo e analisi del Sé*, Boringhieri, Torino, 1976.
- Kohut H. (1984). *La cura psicoanalitica*. Bollati-Boringhieri, Torino, 1986.
- Meltzer D. (1967). *Il processo psicoanalitico*, Armando, Roma, 1971.
- Montinari G., Riefolo G. (2016). Il soggetto della parola e del medicamento setting analitico e funzioni del farmaco, *AeP-Adolescenza e Psicoanalisi*, XI, 2, 2016, pp. 15-28.
- Ogden T. H. (2013). Thomas H. Ogden in conversation with Luca Di Donna, *Rivista di Psicoanal.* LIX, 3:625-641.
- Pichon-Riviere E. (1952). Quelques observations sur le transfert chez des patients psychotiques, *Rev Franc. Psychoan.* XVI. 1-2.
- Piperno R., Lupacchioli F., Riefolo G. (1991). La relazione nel processo riabilitativo, *Attraverso lo Specchio*, 30-31, 9:35-48.
- Piperno R., G. Riefolo, (1991). Quale futuro nella terapia della cronicità della schizofrenia, *relazione al 38° congr. naz. S.I.P.*, Salsomaggiore.

- Racamier P.C. (1970). La soin institutionnel des psychotiques. Nature et fonction, *Inf. Psychiatr.*, 46, 8.
- Racamier P.C., Carretier L. (1965). Relation psychothérapeutique et relation médicamenteuse dans l'institution psychiatrique. In: Lambert P. A. (a cura di), *La relation medecin-malade au cours des chimiothérapies psychiatriques*. Masson, Paris, 58-62.
- Riefolo G., Amorfini G., Paolozza P. (1996). Storie di pazienti e delle loro medicine. Il farmaco nella relazione terapeutica, *Riv. Sper. di Freniatr.*, CXX, 6:1243-1261.
- Riefolo G. (2001). *Psichiatria prossima. La psichiatria territoriale in un'epoca di crisi*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Riefolo G. (2011). Un processo circolare. Scissione, dissociazione e configurazioni nel processo analitico, *Quaderni de gli argonauti*, XI, 22:45-64.
- Riefolo G. (2012). Scissione e dissociazioni nell'evoluzione del processo analitico. in, Campoli G., Meterangelis G., Pirrongelli C.; Solano L. (a cura di) *Dissociazione, scissione, rimozione*, Franco Angeli, Milano, 163-180.
- Skrabanek P., Mc Cormick J. (1989). *Follie e inganni della Medicina*, Marsilio, Venezia, 1992.
- Stern D.N. (1995). *La costellazione materna*, Bollati-Boringhieri, Torino, 1995.
- Winnicott D.W. (1965). Classificazione: esiste un contributo psicoanalitico alla classificazione psichiatrica? (1959). In: *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma, 1970.
- Winnicott D.W. (1970). La cura, in *Dal luogo delle origini*, (1986), Cortina, Milano, 1990.