

# RICERCA PSICOANALITICA

Rivista della Relazione in Psicoanalisi

*Journal of the Relationship in Psychoanalysis*

Non-commercial use only

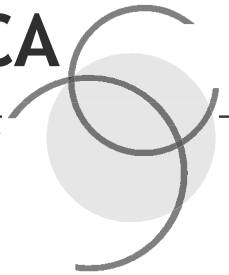




# RICERCA PSICOANALITICA

Rivista della Relazione in Psicoanalisi

*Journal of the Relationship in Psychoanalysis*



Non-commercial use only

## **RICERCA PSICOANALITICA**

**Rivista della Relazione in Psicoanalisi | *Journal of the Relationship in Psychoanalysis***

Periodico quadrimestrale fondato dalla *Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione* (S.I.P.Re.)

Membro del *Council of Editors of Psychoanalytic Journals*.

Quarterly journal founded by the *Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione* (S.I.P.Re.)

Member of the *Council of Editors of Psychoanalytic Journals*

### **Direttore scientifico | *Editor-in-Chief***

Fabio Vanni

### **Comitato di Redazione | *Assistant Editors***

Attà Negri (Bergamo); Laura Corbelli (Repubblica di San Marino); Laura Polito (Parma); Silvia Papini (Milano).

### **Precedenti Direttori | *Former Editors-in-Chief***

Daniela De Robertis (1990-1997); Michele Minolli (1998-2009); Alberto Lorenzini (2010-2016).

### **Comitato Scientifico | *Editorial Board***

Neil Altman (New York); Beatrice Beebe (New York); Wilma Bucci (New York); Mauro Ceruti (Italy); Gustavo Pietropolli Charmet (Italy); Christopher Christian (New York); Steven Cooper (Boston); Margaret Crastnopol (Seattle); Elisabeth Fivaz-Depeursinge (Switzerland); Peter Fonagy (London); Pier Francesco Galli (Italy); Francesco Gazzillo (Italy); Leon Hoffman (New York); Elliot Jurist (New York); Vittorio Lingiardi (Italy); Gianluca Lo Coco (Italy); Sergio Manghi (Italy); Giuseppe Martini (Italy); Paolo Migone (Italy); Rosario Montirosso (Italy); Clara Mucci (Italy); Thomas H. Ogden (San Francisco); Donna Orange (New York); Sergio Salvatore (Italy); Adriano Schimmenti (Italy); Allan Schore (Los Angeles); Stephen Seligman (San Francisco); Roberta Siani (Italy); Joyce Slochower (New York); Charles Spetzano (San Francisco); Donnel B. Stern (New York); Edward Tronick (Boston).

### **Redazione | *Editorial Staff***

Maria Teresa Carrara, *Journal Manager*

Claudia Castellano, *Production Editor*

Tiziano Taccini, *Technical Support*

### **Pubblicato da | *Published by***

PAGEPress Publications

Via A. Cavagna Sangiuliani 5

27100 Pavia, Italy

Tel. +39.0382.1549020

info@pagepress.org – www.pagepress.org

### **Abbonamento stampa cartacea per il 2024 (3 numeri) | *Subscription printed edition for 2024 (3 issues)***

Italy € 70,00

Other countries € 105,00

Il pagamento deve effettuarsi a PAGEPress Srl | *Payment must be addressed to PAGEPress Srl*

- **Bonifico bancario | *Bank Transfer***

Banca Popolare di Sondrio, Agenzia 1, Pavia, Italy

IBAN: IT85Y0569611301000005086X83 - BIC: POSOIT22

- **Carta di credito | *PayPal; Credit Card***

pISSN: 1827-4625 | eISSN: 2037-7851

### **Stampa | *Printed by***

Press Up s.r.l., via E.Q. Visconti 90, 00193 Roma, Italy

Finito di stampare nel mese di dicembre 2024 | *Printed in December 2024*

Autorizzazione del Tribunale di Milano n. 212, del 14 aprile 2010 - Quadrimestrale.

Direttore responsabile: dr. Camillo Porta.

Poste Italiane Spa - Sped. in Abb. Post. D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/2/2004, n. 46) art. 1, comma 1, DCB Milano.

Licensee ©2024 PAGEPress Srl, Pavia

## TABLE OF CONTENTS

<b>EDITORIAL</b>		<b>Commento</b>	825
<hr/>		▪ <i>Serena Galliera, Ottavia Zerbi</i>	
<b>Editorial</b>	615	<b>Commento</b>	829
▪ <i>Fabio Vanni</i>		▪ <i>Alessandro Cavelzani</i>	
<hr/>		<b>Commento</b>	833
<b>FOCUS 1: PSYCHOLOGICAL CONSULTATION</b>		▪ <i>Silvia Dioni</i>	
<hr/>		<i>Il caso di Thomas (2 anni e 7 mesi) e della sua famiglia: replica ai commenti</i>	839
<b>Psychological consultation as a transformative first clinical experience</b>	619	▪ <i>Simona Montali</i>	
▪ <i>Fabio Vanni, Silvia Bertoli</i>			
<b>Comment</b>	671		
▪ <i>Linda Alfieri, Mariacarmela Abbruzzese, Enrico Vincenti</i>			
<b>Comment</b>	689		
▪ <i>Anna Rita Viarengo</i>		<b>LECTURES</b>	
<b>Comment</b>	701	<hr/>	
▪ <i>Simona Montali</i>		<b>Forme della presenza sociale giovanile. Dialoghi tra uno psicologo, un sociologo e un architetto</b>	843
<i>Psychological consultation as a transformative first clinical experience. Authors' response</i>	713	DI FABIO VANNI, ALESSANDRO BOSI, DARIO COSTI	
▪ <i>Fabio Vanni, Silvia Bertoli</i>		▪ <i>Fulvio Forino</i>	
<hr/>		<b>Esploratori dell'inconscio: un commento al libro <i>Salute mentale: quale clinica?</i></b>	849
<b>FOCUS 2: MENTAL HEALTH</b>		DI MARCO RIVA, PAOLO MILANESI, ROBERTA RESEGA	
<hr/>		▪ <i>Andrea Tringali</i>	
<b>At the intersection between the intimacy of individual stories and the public places we inhabit. A dialogue with Benedetto Saraceno</b>	725		
<i>Parma, 13 May 2024</i>			
▪ <i>Fabio Vanni, Maro Mozzani</i>		<b>GLANCES</b>	
<hr/>		<hr/>	
<b>RESEARCH</b>		<b>Una imperfetta solitudine. Commento al film <i>Perfect Days</i></b>	853
<b>The axiomatic of Sandor Ferenczi's thinking. A study of Sandor Ferenczi's theoretical-clinical model</b>	765	DI WIM WENDERS	
▪ <i>Andrea Giovannoni, Angela Belluomini, Maurizio Buoncristiani, Roberto Cutajar, Elena Zappelli, Cristiano Rocchi</i>		▪ <i>Pietro Roberto Goisis</i>	
<hr/>		<b>TRANSFORMATIONS</b>	
<hr/>		<hr/>	
<b>DIALOGUES ABOUT CARE</b>		<b>Urgenza psicologica. Storia e funzionamento di un servizio di psicologia "militante" nella e per la città</b>	857
<b>Il caso di Thomas (2 anni e 7 mesi) e della sua famiglia</b>	815	▪ <i>Anna Barracco, Giuseppe Cersosimo</i>	
▪ <i>Simona Montali</i>			

## INDICE

<b>EDITORIALE</b>		<b>Commento</b>	825
<hr/>		▪ <i>Serena Galliera, Ottavia Zerbi</i>	
<b>Editoriale</b>	617	<b>Commento</b>	829
▪ <i>Fabio Vanni</i>		▪ <i>Alessandro Cavelzani</i>	
<b>FOCUS 1: LA CONSULTAZIONE PSICOLOGICA</b>		<b>Commento</b>	833
<hr/>		▪ <i>Silvia Dioni</i>	
<b>La consultazione psicologica come prima esperienza clinica trasformativa</b>	645	<b>Il caso di Thomas (2 anni e 7 mesi) e della sua famiglia: replica ai commenti</b>	839
▪ <i>Fabio Vanni, Silvia Bertoli</i>		▪ <i>Simona Montali</i>	
<b>Commento</b>	681		
▪ <i>Linda Alfieri, Mariacarmela Abbruzzese, Enrico Vincenti</i>		<b>LETTURE</b>	
<b>Commento</b>	695	<hr/>	
▪ <i>Anna Rita Viarengo</i>		<b>Forme della presenza sociale giovanile. Dialoghi tra uno psicologo, un sociologo e un architetto</b>	843
<b>Commento</b>	707	DI FABIO VANNI, ALESSANDRO BOSI, DARIO COSTI	
▪ <i>Simona Montali</i>		▪ <i>Fulvio Forino</i>	
<b>La consultazione psicologica come prima esperienza clinica trasformativa. Replica degli autori</b>	719	<b>Esploratori dell'inconscio: un commento al libro <i>Salute mentale: quale clinica?</i></b>	849
▪ <i>Fabio Vanni, Silvia Bertoli</i>		DI MARCO RIVA, PAOLO MILANESI, ROBERTA RESEGA	
<b>FOCUS 2: LA SALUTE MENTALE</b>		▪ <i>Andrea Tringali</i>	
<hr/>		<b>SGUARDI</b>	
<b>All'incrocio tra l'intimo delle storie di ciascuno e i luoghi pubblici che abitiamo. Un dialogo con Benedetto Saraceno</b>	745	<hr/>	
<i>Parma, 13 maggio 2024</i>		<b>Una imperfetta solitudine. Commento al film <i>Perfect Days</i></b>	853
▪ <i>Fabio Vanni, Maro Mozzani</i>		DI WIM WENDERS	
<b>RICERCA</b>		▪ <i>Pietro Roberto Goisis</i>	
<hr/>		<b>TRASFORMAZIONI</b>	
<b>L'assiomatica del pensiero di Sandor Ferenczi. Uno studio sul modello teorico-clinico di Sandor Ferenczi</b>	789	<hr/>	
▪ <i>Andrea Giovannoni, Angela Belluomini, Maurizio Buoncristiani, Roberto Cutajar, Elena Zappelli, Cristiano Rocchi</i>		<b>Urgenza psicologica. Storia e funzionamento di un servizio di psicologia "militante" nella e per la città</b>	857
<b>DIALOGHI SULLE RELAZIONI DI CURA</b>		▪ <i>Anna Barracco, Giuseppe Cersosimo</i>	
<hr/>			
<b>Il caso di Thomas (2 anni e 7 mesi) e della sua famiglia</b>	815		
▪ <i>Simona Montali</i>			

## Editorial

*Fabio Vanni\**

There are many valuable ideas in this third 2024 issue of *Ricerca Psicoanalitica* [Psychoanalytic Research].

A focus on psychological consultation that, starting from a contribution by Silvia Bertoli and myself, makes use of the comments by Simona Montali, Annarita Viarengo and Linda Alfieri, Maria Carmela Abbruzzese and Enrico Vincenti and concludes with a response by the authors. An intense dialogue, which will certainly not end here but which already makes it possible to focus on the importance and complexity of consultation. The significance of which is not always recognized and is frequently neglected in Psychotherapy training, that often makes stereotypical and reassuring procedures prevail instead of opening up to the encounter with something new. This is what characterizes the consultation and makes it one of the most fascinating and intense clinical moments.

On another level, the dialogue with Benedetto Saraceno, one of the leading experts in mental health, also leads us to understand where we stand, in Italy, in this increasingly important area of health all over the world, but also leads us to share the need to not rest on the laurels of a favourable tradition whose benefits now seem exhausted. There is a need for new ideas and energies.

Subsequently, there is a paper by a work group that includes Roberto Cutajar and other Tuscan colleagues on Sandor Ferenczi's thinking, which, through the use of a specific methodology, delves into the author's last work *The Clinical Diary*, his main assumptions and his theoretical and clinical legacy.

The dialogue section on therapeutic relationships this time brings us into contact with a situation that involves a very young child and his family. It allows us to observe the therapeutic dance in all its delicacy and complexity

---

\*Psychologist psychotherapist, former SSN manager, President Sum ETS Project and RetePsicoterapia Sociale ETS. Contract lecturer UNIPR, Italy.  
E-mail: [fabiovanni@progettosum.org](mailto:fabiovanni@progettosum.org)

(which is never more necessary than in this case) through the eyes of the therapist and her discussants.

Nevertheless, other contributions also deserve careful reading. Fulvio Forino's commentary on the volume by Vanni, Bosi and Costi on young people, and Tringali's commentary on the book by Riva, Milanesi and Resega.

As well as Goisis' comment on Wim Wenders' film 'Perfect Days'.

Finally, the story of a truly innovative experience that has been present for some time in the Lombardy region: Psychological First Aid.

This issue also marks the conclusion of a cycle in which I was the Editor of the Journal for two four-year periods. From the first issue in 2025, Laura Corbelli will take over the leadership of *Ricerca Psicoanalitica* and I will be very happy to accompany her from the editorial office for a while longer, together with Silvia Papini and Atta Negri. While we say goodbye to Laura Polito after many years in which she has edited important parts of the Journal and hands over to Francesca Piazzalunga who brings in new energy and skills.

I want to thank SIPRe for their trust in us in recent years and I hope this group, that has worked well over the years, continues to improve the quality of our Journal, its dissemination, its impact in the culture of psychological care and in the understanding of human subjects in relationships.

---

Conflict of interests: the author declares no potential conflict of interests.

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received: 26 November 2024.

Accepted: 26 November 2024.

Editor's note: all claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, editors and reviewers, or any third party mentioned. Any materials (and their original source) used to support the authors' opinions are not guaranteed or endorsed by the publisher.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

*Ricerca Psicoanalitica* 2024; XXXV:976

doi:10.4081/rp.2024.976

*This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.*



## Editoriale

*Fabio Vanni\**

Molte cose preziose in questo terzo numero 2024 di Ricerca Psicoanalitica.

Un focus sulla consultazione psicologica che, a partire da un contributo di Silvia Bertoli e del sottoscritto, si avvale dei commenti di Simona Montali, Annarita Viarengo e di Linda Alfieri, Maria Carmela Abbruzzese ed Enrico Vincenti per concludersi con la replica degli autori. Un dialogo serrato che certo non si esaurirà qui ma che già qui consente di mettere a fuoco la rilevanza e la complessità della consultazione. Una rilevanza non sempre riconosciuta, spesso anzi negletta nella formazione degli psicoterapeuti che sovente fa prevalere procedure stereotipate e rassicuranti anziché aprire all'incontro con il nuovo che caratterizza la consultazione e che ne fa uno dei momenti clinici più affascinanti e densi.

Ma su un altro piano anche il dialogo con Benedetto Saraceno, uno dei massimi esperti della salute mentale, ci porta a comprendere a che punto siamo, in Italia, in questo ambito della salute sempre più centrale in tutto il mondo, ma ci porta anche a condividere l'esigenza di non cullarci sugli allori di una tradizione favorevole i cui benefici sembrano oggi oramai esauriti e la necessità invece di nuove idee ed energie.

E poi uno scritto di un gruppo di lavoro che comprende Roberto Cutajar ed altri colleghi toscani sul pensiero di Sandor Ferenczi che, attraverso l'uso di una metodologia specifica, rintraccia nell'ultima opera dell'autore, i Diari Clinici, gli assunti principali del suo lascito teorico e clinico.

La rubrica sui dialoghi sulle relazioni di cura ci mette stavolta in contatto con una situazione che riguarda un bimbo molto piccolo e la sua famiglia, e ci consente di osservare la danza terapeutica in tutta la sua delicatezza e complessità, mai come in questo caso necessaria, attraverso gli occhi della terapeuta e dei suoi discussants.

---

\*Psicologo psicoterapeuta, già dirigente SSN, Presidente Progetto Sum ETS e Rete Psicoterapia Sociale ETS. Docente a contratto UNIPR, Italia.  
E-mail: [fabiovanni@progettosum.org](mailto:fabiovanni@progettosum.org)

Ma anche altri contributi meritano una lettura attenta. Il commento di Fulvio Forino al volume di Vanni, Bosi e Costi sui giovani, quello di Tringali al libro di Riva, Milanese e Resega.

E poi il commento di Goisis al film di Wim Wenders ‘Perfect Days’.

E per finire il racconto di un’esperienza davvero innovativa che è presente da tempo nel territorio lombardo: il Pronto Soccorso Psicologico.

Questo numero segna anche la conclusione di un ciclo che vede il sottoscritto alla direzione della rivista per due quadrienni. Dal primo numero 2025 Laura Corbelli assumerà la guida di RP ed io sarò molto lieto di accompagnarla dalla redazione ancora per un po’ insieme a Silvia Papini ed Attà Negri. Laura Polito invece ci saluta dopo tanti anni nei quali ha curato parti importanti della rivista e lascia lo spazio a Francesca Piazzalunga che ci porta nuove energie e competenze.

Nel ringraziare la SIPRe per la fiducia riposta in noi in questi anni auguro ad un gruppo che ha ben operato di proseguire migliorando ancora la qualità della nostra rivista, la sua diffusione, la sua incidenza nella cultura della cura psicologica e nella comprensione del soggetto umano nelle sue relazioni.

---

Conflitto di interessi: l’autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 26 novembre 2024.

Accettato: 26 novembre 2024.

Nota dell’editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell’editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall’editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:976

doi:10.4081/rp.2024.976

*This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.*

## Psychological consultation as a transformative first clinical experience

Fabio Vanni,\* Silvia Bertoli\*\*

**ABSTRACT.** – We propose here a model of a step in the clinical process that we consider relevant and deserving of greater consideration among practitioners. Consideration and relevance are increasing, indeed, especially in the psychoanalytic world. In view of this centrality and the plurality of theoretical-clinical models present today, we believe it is useful to offer a contribution that, taking this history into account, moves forward in the conceptualisation of this first step in each patient's clinical journey. To do this, it is necessary, in our opinion, to start by focusing on two concepts, the subject, and the care, and then to place consultation within this perimeter by giving it a specific place. While acknowledging the peculiarity of consultation when it involves certain specific age groups, childhood and adolescence in particular – groups that have given rise to some of the most innovative and well-known conceptualisations of consultation, to which we will briefly refer – this paper wishes to deal with consultation as a clinical process having a general scope. A brief exemplifying clinical vignette and a specific experience of setting up consultation in a third sector organisation will be proposed; examples which we believe help to concretise and clarify what is proposed without any claim to exhausting the complexity of possible applications.

**Key words:** psychological consultation, psychotherapy, psychodiagnosis, subject, relationship, child, adolescent, family, network.

*“There are two ways of thinking about complexity:  
one can think that the world out there is complex  
and that we look at it with awareness  
but believing that we are neatly  
outside this complexity,  
or we can think of ourselves as part of it,  
inside the complexity with all of ourselves  
and only with the possibility of dancing within it.”*  
S. Manghi

---

\*Psychologist psychotherapist, former SSN manager, President Sum ETS Project and ETS Social Psychotherapy Network. UNIPR tenure lecturer, Italy.  
E-mail: fabiovanni@progettosum.org

\*\*Head psychologist psychotherapist c/o NPIA ASL in Parma, expert in childhood, adolescence and developmental psychodiagnostics, Italy. E-mail: bertoli.silvia@gmail.com

## Inside the complexity of the care encounter

Focusing on the clinical device we call ‘psychological consultation’ makes it necessary, in our opinion, to present some preliminary remarks on at least two macro-themes: psychological care and the subject.

As regards the former, we believe it is useful to state beforehand that psychological care can be thought of as an artefact contemporary societies produce within their welfare systems. They do so in different forms in relation to different variables that characterise them: these include the value of subjectivity and discomfort, and the forms of social relationality.

Psychological care is, therefore, configured within cultural representations, norms, and economies. The specific social system organises it, however, by giving voice to an inter-human relationality that has always been present everywhere. Care characterises the human being like few other relational practices.<sup>1</sup> The forms it takes, however, can be very different throughout history and in different cultures.

Caring is a form of relationship that is in fact enacted in formal and informal, professional and non-professional ways. The first element that we believe should therefore be drawn attention to is that when a human being encounters a request for care, addressed to people who provide it, he or she makes this request within a specific cultural universe, and not in a vacuum.

Our civilisation, for reasons we will not go into here because we would be straying outside the limits we have set ourselves in this paper, produces professional figures who perform care functions,<sup>2</sup> including psychotherapists who

---

<sup>1</sup> “A student asked the anthropologist Margaret Mead what she thought was the first sign of civilisation in a culture. The student expected Mead to talk about fish hooks, earthenware pots or millstones. But she did not.

Mead said that the first sign of civilisation in an ancient culture was a broken femur which had healed. She explained that in the animal kingdom, if you break your leg, you die. You cannot run away from danger, go to the river to drink, or look for food. You are meat for predatory animals on the prowl in the vicinity. No animal survives a broken leg long enough for the bone to heal.

A broken femur that has healed is proof that someone took time to be with the one who fell, bandaged his wound, took him to a safe place and helped him to recover.

Mead said that helping someone else in difficulty is where civilisation begins. We are at our best when we serve others. That is what being civilised is all about’.

Giuseppe Melillo Huffpost, 26.3.2020

<sup>2</sup> Even a cursory examination of recent history in this part of the world would show that we have gone from care functions limited to a few professional figures (doctors, midwives, teachers, etc.) where it was the family system (and women in particular) that took charge of most of the functions themselves, to a more recent history that has seen the emergence and affirmation of numerous figures (tutors and counsellors, psychologists and social workers, a growing number of medical specialists, etc.) who increasingly carry out their tasks within a welfare system in which they are key figures who integrate the functions of present-day families in their multiformity.

do so after a long training process that helps them to organise their presence in relation to the request for care, an approach explicitly founded on scientific knowledge translated into instruments of interpretation and intervention.

In this knowledge, it is perhaps useful to focus on the human subject, the person, since he or she is both the originator and the recipient of psychological care.

We are referring to a thinking (Minolli, 2015, Vanni, 2023, among others) that considers useful the idea of a *unitariness* and *relationality* of the human subject - the 'relational subject' - developing its becoming over time, with a beginning and an ending. From the conception of a genotype that is the bearer of a unique genetic heritage placed in an equally unique context - the maternal subject that is part of a world - a combination which forms its 'initial configuration', it realises itself in relationality until its death.

Placed within this framework, the human subject *becomes* by undergoing the experiences in which he lives, which gradually constitute more stable forms of interpretation of himself and his becoming in the world. The use of the subject's experience - explicit and, above all, implicit - as a vertex for staying in the present, can be thought of as a useful criterion for understanding his capacities but also his difficulties since, by definition, what he will encounter in his becoming will be in part different from what he has experienced before, and will gradually constitute his identity autoreflexively. Each new experience will be read in the light of how that subject has been formed over time, but will never be identical to what he or she has experienced. This dynamic between the expectation of confirmation of self and of one's criteria for reading the world and the novelty of the incoming experience, as we shall see, is a key point of the theory and, thus, of the method derived from it.

If this is, in broad strokes, the human subject, this is what he will also bring with him in his request for care. It cannot be otherwise. And if the relational organisation that is relevant for him is formed by the humans around him - his partner, his family, his training and/or work environment, etc. - it is these elements that will share his becoming - and therefore, he will share theirs - and it is this 'further configuration' that will present itself - in action and narration - on the scene of care. As we shall see, it is therefore precisely this that we need to *welcome* in the psychological consultation.

Theories and techniques are therefore buoys that we set up (as professionals and as people) to put some order in the chaos, in the awareness that disorder lives in us and pervades us, as the exergue of this work suggests, and that we are not magically outside it, but rather densely, dramatically, within it. Thus, the subject of each psychotherapist gives his or her own singular interpretation of the role that they play as social craftsmen. An interpretation that is not only cognitive, but subjective in the round. They are therefore a human subject who, over time, has acquired and, to a certain extent, integrated into his humanity, knowledge and tools, which give him

an experience of *order in disorder* (Morin, 1983). Indeed, this contribution of ours seeks to place itself on this plane. This density is present from the very first moment of the encounter and is brought into it both by the applicant and by the caregiver and, as we shall see more clearly, both by the ‘requesting care system’ and by the ‘clinical system’, since the caregiver too is not alone in the world of care, but is part of a system that we should take into account in our clinical thinking.

### Some consultation models

In the history of clinical psychology, various consultation models have been put forward over the last half-century, starting with English experiences - from the Tavistock Clinic to the Brent Centre - followed by Italian ones - from Tommaso Senise to Arnaldo Novelletto - then North American ones - Finn - and we would like to briefly consider some that we feel are most significant for us.<sup>3</sup>

#### *A model of consultation in childhood: ‘participatory consultation’* by Dina Vallino

One of the most interesting and most widely used approaches with children is that of participatory consultation. Participatory consultation is the term introduced by Dina Vallino to talk about a psychoanalytic consultation process aimed at parents and children.

It is a process that does not exclude the individual psychoanalysis of the child, but extends it, because it involves the parents in the responsibility of caring for their children prior to any further clinical course.

Two constituent elements can be highlighted in participative sessions: not only the proposal that the parents get involved, in observation as well as in shared playing in the session with the child, but also the invitation to the child to express his or her emotional contents and thoughts (Sala, 2019), *i.e.* to open up communication through drawing, playing and the telling of little stories.

Instead, in sessions where only the parents are present, the focus is on sharing what emerged during the participative sessions, with particular attention paid to the experiences of the child and the parents’ ones, which gives them the opportunity to clarify the meaning, and also to be able to find, on their own account, answers concerning their child’s experiences, thoughts and states of mind (Vallino, 2009).

---

<sup>3</sup> We refer to the volume ‘La consultazione psicologica con l’adolescente’ (Vanni, 2015) but also to ‘Un breve viaggio nella propria mente’ (edited by Adamo, 2000) for a more in-depth historical examination of the topic.

The main objective is to support the child so that, by using symbols and metaphors, he or she will attain a revelation of self, and this will favour the recovery of parenting skills as well as enrich the child's self-revelation.

The therapist observes and plays, together with the child and the parents, allowing himself to be permeated by the emotional atmosphere of the session, and exercising his 'negative capacity' as far as possible.<sup>4</sup>

The proposed way forward is to bring out and begin to unravel the tangled skein formed by the child's symptom, the 'misunderstanding' of communication, and the confusion linked to the child's discomfort and the parents' discomfort.

One of the aims of the participative consultation is to comprehend the parents' misunderstanding of their child, both in terms of communication, feelings, experiences, and in relation to the origin of the child's symptom, which can be found in the relationship with the child's needs (Vallino, 2009).

### *The 'Minotauro' model*

From the 1980s-1990s onwards, the Milanese 'Minotauro' group developed original thinking regarding the adolescence clinic which, while referring to Franco Fornari's theoretical legacy, contains very specific elements both on a theoretical and on a clinical level (Charmet, 2000). The consultation model envisages a separate space for the child and for each parental figure, and a sharing space made up by the various clinicians seeing the family members. The basic idea can be found in giving voice to the role (maternal, paternal, fraternal, etc.) and to carry out a work of synthesis as a group of clinicians, where each clinician reports the 'voices' they have encountered. In particular, the model is connoted as an intervention on the adolescent crisis seen as a moment of intra-familial symptomatic communication, to be treated with timeliness and intensity, and often to be concluded with a 'dramatised' restitution in choral form between the two groups - family and clinicians.

The model, which has naturally found partly specific developments in relation to certain key themes - suicide attempts, eating disorders, antisocial behaviour - remains strongly oriented towards the involvement of family figures in the signification of the crisis itself, and may envisage the use of test instruments for heuristic rather than diagnostic purposes. (For further details see Lancini, 2007).

This clinical proposal - and its developments in the so-called 'evolutionary psychotherapy' (Lancini *et al.*, 2020) - constituted an important discon-

---

<sup>4</sup> Neri, C. (2017). La consultazione partecipata. In: F. Borgogno, G. Maggioni, eds., *Una mente a più voci. Sulla vita e sull'opera di Dina Vallino*. Mimesis Edizioni, Milano.

tinuity in the treatment of adolescents and young adults when it was introduced and is still used today with regard to different ages and issues, including childhood and adulthood.

### *Open dialogue*

The Finnish group headed by Jaakko Seikkula developed a model of crisis intervention in the last decades of the last century, in particular with adults presenting psychotic or behavioural emergencies, which was then extended to a wider clinical population and became widespread all over the world also thanks to parallel and thorough research work on the interventions themselves, which showed their effectiveness.

The theoretical background is predominantly systemic but influences from Infant Research and Soviet school philosophers are present (Seikkula, 2021). The intervention, which in our own words could be defined as consultation, is usually carried out at the patient's home and immediately involves the entire family and extended family context, is characterised by high intensity and prolonged timeframes, and only rarely involves the use of drugs or hospitalisation in dedicated places. The listening approach is strongly respectful of the actors present and the attempt to give voice to and bring silent instances into open dialogue is configured as the start of what will later inspire subsequent treatments involving the same family protagonists. The consultation clinical team is always supra-individual with a precise definition of internal roles that is exquisitely psychotherapeutic and aimed at producing transformative and orientative experiences based on listening and open dialogue.

Some aspects appear to be common to the three models: a focus on psychological consultation as a fundamental junction in clinical psychology, a vision that is attentive to the individual subject and to the system in which he or she lives and is made a participant in the clinical process from the beginning, the presence of aspects of technical specificity within a more general perspective that enhances the relationality of the subjects who are part of the two systems, clinical and requesting care.

In our consultation proposal, it will be easy to trace these and other cues present in the models summarised here. Let us see how we develop them on a clinical level starting from a different theoretical perspective such as the one summarised above and which we will further specify in the following pages.

### Setting up the meeting

We mentioned above that when the psychotherapist receives a request for care, the theoretical thinking and technical tools he possesses are immersed in his wider humanity and sociality.



The encounter with people who express a request for care is therefore not, except in part, an encounter of words and thoughts. First of all, we think of it as *a meeting of subjects that takes place in a social context*.

Therefore, how can we set about organising and preparing this meeting? And getting ourselves ready for it...

Setting up the first meeting is usually the responsibility of the psychologist/psychotherapist and the Association he/she is a member of, with legal norms and cultural perspectives that delimit, as mentioned, the options but always leave room for his/her - the clinician's - and their - the Association's - interpretation.

On the other hand, anyone presenting a request for care does so to an interlocutor, a person and/or Association, whom he/she has an affective representation of, and expectations, albeit unsubstantiated, beforehand.

We would therefore not be indulging in an 'industrial', manualistic vision of care, but its representation as a 'scientific craft practice' (Lingiardi, 2018), where singularities are not obstacles but where seriality and repetitiveness are certainly very contained not only as a respectful tribute to the singularities of the protagonists as well as the need to favour the complexification of the request for care as the expression of the complexity of the subjects present, as we shall see better.

For the time being, we will limit ourselves to considering that there is someone presenting a request for care and someone who responds, although there are forms of consultation in which this configuration of roles is reversed, and there are contexts of care in which it is not the clinical system that sets the premises of the meeting but the patient or other actors.<sup>5</sup> In order to facilitate understanding, however, it is appropriate to start with the most common form, since we believe that the general model of thinking we propose does not change in the other possible forms.

If, therefore, the person presenting the request for care does so not only with words but by presenting himself, and the person who accepts this demand does the same, it is from this point that we should start to ask ourselves how to consider the meeting, and even before that, how to set it up, how to prepare both concretely and symbolically for this meeting.

If we were only interested in words, it would be sufficient to set up and proceed with efficient phone calls, but we would be missing the best part of the meeting with the other: the bodies and their reciprocal interaction in the space that is intertwined with words and the para-verbal characters that accompany and qualify them. Anyone working with children knows this particularly well, but it is to be hoped that anyone caring for the older groups should recall this and take it into account.

---

<sup>5</sup> In the book 'Psychological Consultation with the Adolescent' (Vanni, 2015) there are some illustrative insights into these types in the adolescent world: from home consultation to Emergency Room consultation.

Let us therefore imagine that, because of the possibility that the psychotherapist has of configuring the space and time of the meeting, he can arrange to favour the matching of concrete human subjects, including himself and/or others representing the caregivers.

We find it useful, as we have pointed out, to distinguish *ab initio* between two systems, two 'relational configurations' that meet: the clinical one and the one that expresses a request for care. Consultation starts from these two 'systems', each of which can be formed by several people or, of course, by just one person in each system.

Thus, it may be that the phone call, the e-mail, the knock at the door, finds someone who answers and is not the psychotherapist - who would proceed with the second or third step, the actual clinical meeting - but a secretary, a nurse, a colleague... or it may be the psychotherapist himself. It is important, however, to recall that the consultation begins right there, at this first contact, and that it is already an initial response, an initial form of signification, an initial rebound that the request for care expresses at the moment of its formulation. It refers to 'reception', and that is no small matter among humans. It cannot be taken for granted, especially when one brings one's self, pervaded with fragility, to a meeting with a stranger who receives us in places that are familiar to him. Places and people that are, instead, unfamiliar to the patients.

Depending on the organisations, the timing, the number of requests, etc., this first meeting can take on various forms. We will examine some of them later, but this is where the consultation starts, at the first meeting of the two systems.

Usually the request for care is not formulated in presence, it is generally expressed in a phone call or through a device that ensures distance and a dual dialectic. This forms part of the current constraints of technology, and not only. The caller, however, does not necessarily express the request for himself, or only for himself. He often does so 'on behalf of', or 'with' someone. We would therefore consider it reductive to delve too deeply into that dual moment at a distance since it could artificially dualise a possible and potentially rich multiplicity. With children and adolescents, this is actually the norm, but it could also be the case later on in the developmental trajectory, if we are the first to give space to this possibility.

Our wish and expedient approach is therefore to invite those who feel the need, to express their request for care in presence as soon as possible, together with anyone who feels involved in that request. 'Anyone who needs to may come' is the succinct expression that may be expressed at the conclusion of the call.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> This clinical perspective can of course be integrated, and it is possible to do so in many ways, with existing legal norms that are, as always, expressive of a culture in which clinician and patient coexist.

This move may seem risky and, above all, uncertain. Who will come on Monday at 4pm? Maria? Will she be with her son? Or will she come with her husband? And the grandmother who is at home caring for the little one during the day?

We believe we should avoid asking questions on the phone about who it is relevant to invite, given the unreliability of the results, due banally to the clinician's lack of knowledge of his interlocutor, and so we might as well take seriously the fact that up to that moment, and even afterwards, the person who has turned to us with their request knows better than we do what questions to put forward, and who can best interpret them. To do otherwise, if we were to choose, would result in arbitrary randomness on the part of the respondent, however experienced and attentive he may be.

One then gradually allocates those present at the session, and requests other presences. To accept a request means initiating a process that can start in many ways, the important thing is that it should start in the most useful of ways.

Since the consultation is not a photograph, but a film, and we have indicated above when it begins and we will say when it ends, knowing that it involves a meeting, or a series of meetings, at a place and with times that will be negotiated between the two systems.

Different actors may be involved in different interviews, or even within the same interview. We can ask a child's parents to leave the room for a moment so that we can talk to the child alone, or we can ask the dad who arrived late to come in and participate in the meeting, or to wait a moment in the waiting room. But this will be done in compliance with the situation that emerges based on the evolving relationships.

The psychotherapist/clinical system will, however, need prior notification concerning the setting up of the place where the meeting will take place, as well as the proposed space-time of the meeting: a decision will be taken as to whether the psychologist will be alone in welcoming the guests or not, and a proposal will be made as to whom to invite, from the clinical system, to take part in the meeting and when, with whom, and for what purpose.<sup>7</sup> This starting option should, of course, be communicated to the person who makes the phone call, and it is an important element in setting up the meeting we are discussing.

---

<sup>7</sup> In the absence of information on who will be present at the first meeting, and for reasons also linked to the need to provide a competent figure as director of the consultation, who will therefore keep the threads unravelling, some of us prefer to propose that the first meeting be attended by a single clinician who can draw on other options as the need arises, but of course other choices are also possible, which, moreover, also relate to the subjective preferences and idiosyncrasies of the clinicians themselves.

## What is the purpose of consultation?

At this point we should ask ourselves an important question. What is the purpose of the consultation in the light of the theoretical thinking we started out with?

The consultation has two objectives: to co-construct a form of care that is useful for the person requesting it and possible for both systems - an 'orientation' objective - and to provide a sample of a possible care experience - an 'experiential or transformative' objective.

Sometimes a sample tasting may be sufficient, but more often it stimulates the appetite. This is also the case with consultation. It is rare, but it does happen, that a few meetings will expend the need for care, and there are situations where - either because of the significance of the meetings in relation to the quality of the needs, or because of the difficulty of moving forward together - no follow-up is required, or perhaps not with that professional or with that clinical system, or at that time.

In most cases, however, the care needs remain intertwined with those provided by the caregivers, introducing a pathway that develops over time.

It is our belief that the guiding purpose of the consultation is to jointly identify the best possible way to continue the care process.<sup>8</sup> This is where the consultation ends, and the next therapeutic pathway is initiated, with the same or other actors.

We have often used the prefix 'co' or 'con' - already present, and not by chance, in the word 'consultation' - and we believe it is useful to spend a few words on the importance of this prefix.

If we have respect and consideration for the subject, we evidently cannot treat him or her as an object, as a thing that is learned, and 'about' which one can voice an opinion in terms of diagnosis - we will discuss this shortly - and of therapeutic indications. The clinician does not know the patient<sup>9</sup> or the configuration of persons who present themselves to him, and will not know them fully even at the end of the longest and most accurate psychotherapeutic journey. He will have a representation of them that will be enriched and complexified over time, but this cannot justify decisions 'about' him or 'about' them.

If we have respect and consideration for the subject, it is evident that we cannot treat them as an object, as something that we learn about and 'about' whom we express a view in terms of diagnosis - we will discuss this later -

---

<sup>8</sup> We will see in a later section in which general idea of care our proposal fits.

<sup>9</sup> Michele Minolli (personal communication) used to say to patients, or sometimes said to himself, in early meetings, a phrase that we want to recall here: 'I have read many books and have a lot of experience but I know nothing about you'. A dutifully respectful position in the meeting with the other.

and of therapeutic indications. The clinician does not know the patient<sup>10</sup> or the configuration of persons who are present, nor will he know them fully even at the end of the longest and most accurate psychotherapeutic journey. He will have a representation of them that will be enriched and complexified over time, but this cannot justify taking decisions ‘about’ him or ‘about’ them.

Does this mean that he should refrain from proposing, or shy away from proposals that come from the patient’s system? Not at all. It would be disrespectful both to the clinician and his system and to the knowledge that resides in it, and to the patient himself. And there lies the meaning of co-construction. A negotiation process that respectfully brings into play the options and idiosyncrasies of which the two systems are bearers as living systems.

The forms the subjects use to place themselves in the consultation relationship constitute their way of being together, and allow us to observe and experience how they are configured in the relationship between the two systems in that specific space and time. At the becoming of the consultation interaction, all participants will experience a partly new relationship to which they will inevitably and appropriately bring their experience of life, be it short or long, and that will also be the case for us clinicians, of course.

There is a widespread belief that the initial clinical meetings serve to assess the other, i.e. there is a way of thinking about consultation, which in this case takes on different names - assessment, evaluation, etc. – and which sees it as focusing on the object, the patient – the individual or the family.

We cannot disregard the value of this approach, in which attention is given to the person who presents the request for care, but we believe that it needs to be integrated with three other aspects: the plurality of subjects at times constituting the system that presents a request for care - a family for example -, the part of signification that the clinical system performs, and the specificity and singularity of the meeting of those two systems *in that context*. We shall spend a few words on the latter aspects. In the following paragraphs, we will say something about the former.

We should not underestimate that the first meeting is such also for us, and therefore the references we have built up over time in our personal and professional lives are challenged each time by the singularity of the person we meet and of course this cannot be scotomised but, on the contrary, it is the object of specific attention because it is the starting point of our experience of the other, of *that* other, which will then evolve over time.

Furthermore, our interlocutor(s) will engage with us within the meaning they give to that request for care and, therefore, to the system towards which

---

<sup>10</sup> It seems to us that this is also the case in the medical sphere, and there is nothing strange about this because we are talking as a unit about a subject whose biological part functions on the basis of general principles that also apply to the ‘mental’ part, to use this now obsolete dualistic distinction.

they have addressed this request. It is true, therefore, that in this, too, they will express their way of being, but we must be careful to place this information within that specific relationship and not treat the care context as a neutral, observational place because neutrality is simply not there. If that person or that family were encountered in a research context or in a hospital or at home, they would show partly different aspects in relation to what that meeting means.

From another perspective, and using a more traditional language, we can draw attention to the relational aspects of the meeting, and to the central role of the transference/countertransference dynamic, conceived as a deep-rooted weaving of the process between the care system and the patient's system with all the dual and supra-dual weavings often present, as mentioned earlier, a dynamic that is also present from the outset in the weaving of the consultative meetings.

### Subjects and systems that meet

We need to present a further theoretical explanation here by adding something to what has already been mentioned: the request for care, we think, is a 'request for confirmation', which also implicitly contains an 'expectation of disconfirmation'. Let us try to explain this better. Our position in the world will always be the result of how we have arrived where we are, applied at all times to an experience that will always be new and old to some extent. By definition, it will therefore always be an opportunity for confirmation and disconfirmation of what we are because we are constituted precisely by the self-definition of what we have learned to be. Our identity. If a subject feels that he is well, he will not formulate a request for psychological help, but also in his other relationships at that or other times in his life, he will tend to read his present experience in the light of what he has learnt from his history, and if he feels that this 'works', if he does not perceive unbridgeable discrepancies, what he will experience - and there will always be discrepancies, as we have pointed out - will be stimuli that he will know how to take into account in order to broaden his experiential complexity and his identity. Meetings with small or large disconfirmations will constitute a continuous urge to revise one's idea of oneself and the world. As far as the initial part of this binomial is concerned, this will constitute what one of the authors has called elsewhere 'self-learning' (Vanni, 2023).

If he formulates a request for care, he will be the bearer of experiences of discontinuity that he is unable to integrate into his identity, *i.e.* into his 'definition of self'. This is typically the symptom.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> It seems to us that this is also the case in the medical sphere, and there is nothing strange about this because we are talking as a unit about a subject whose biological part functions according to general principles that also apply to the 'mental' part, to use this now obsolete dualistic distinction.

What he brings to the scene of the care is, therefore, this wound, this failure, this expectation of confirmation/disconfirmation, which, however, contains information which is very useful for us.

Obviously, each subject who presents himself at the scene of care, if and how we allow him to do so, if and how we favour or hinder him in this, will be the bearer of this perspective and what happens in the consultation is the transfer of this perspective into the meeting with the clinical system.

If we take an individual, a person, he will bring, he will tend to implement on the clinical scene his way of being and this is exactly the object of psychological diagnosis, as we will see shortly.

In the case of children or adolescents, for instance, we are often faced with parents who bring their 'broken child' to the consultation: a child or adolescent who needs to be fixed, and in that case, the purpose of the consultation also becomes the 'signification' of that experience of rupture within the family functioning.

The child's or adolescent's discomfort may be a symptom of an uneasiness that goes far beyond the subject himself and may be the expression of the child's identification with unconscious, painful, traumatised and never processed aspects of the parents. In a way, it is as if parents sometimes ask us to be healed through their children.

The weaving of these dynamics highlights the differences present in the ways of being within a family or a couple who present a request for care, and the therapeutic paths that will be the outcome of the consultation can therefore be very varied. These weavings have so far been balanced and that balance is now brought to the consultation meeting where it will receive a stimulus. This is our responsibility.

However, it is worth emphasising that the therapist and the clinical system as a whole are affected by this quality of demand. Even the professionals who make up the clinical system are in fact subjects with a personal history which, as we pointed out in the first part of this paper, has been enriched and integrated with knowledge and training experiences; it survives and urges to find in therapy as in life occasions for confirmation, even with that patient, even with that family, even with that couple. Thus, what the encounter with those patients produces in the clinician and in his or her system, will become very interesting not because it is introduced to him/her by the patient, but because it is a personal experiential reflection of what that patient/family/couple produces in him/her as a clinician. It, therefore, becomes very enriching to be able to pause on these lived stimuli right from the consultation because right from the consultation, the density of the internal world of the relational configuration that shares that space-time with us will ask us for complementarity and, therefore, confirmation/disconfirmation.

Being present to this feeling means a lot and will help us form a relationship that is also possible for us and implement useful therapeutic options.

## Psychodiagnosis: an ugly word?<sup>12</sup>

Forming an idea of what we experience is one of the ways that humans put into practice to find order in the chaos of uncertainty. They do this all the time and they also do it in their clinical activity when they are caring professionals. Psychological diagnosis is simply the organisation of this attitude. It is guided by knowledge, by theories, and produced by means of techniques that are sometimes very refined and specific. In many cases they are aimed at placing that specific subject within a population range with regard to certain parameters (e.g. learning or anxiety). Although we understand the social usefulness of this form of diagnosis, it is not to be placed at the centre of the idea of consultation that we propose, since what interests us is to accompany the subject to a contact with his or her specific way of being at that moment, and therefore we are interested in singularity and not its relationship with the general population. This singularity, however, also requires thinking, since it is also on the basis of the thinking - a thinking that feeds on and integrates emotions and actions - that we will construct that subject and we will be able to compare him with himself. The 'diagnostic' tools we will be most interested in, or if you like, the use we will preferentially make of diagnostic tools - in a broad sense, from interviews to tests, to the use of play materials, etc. - will thus be oriented by their 'heuristic' function, that is, by the capacity they have to facilitate self-expression and an approach to the self<sup>13</sup> on our part and on the part of the subject in the room with us.

Diagnosis is, therefore, the progressive focus of a subject's way of being within a caring relationship and the premise and object of the future caring relationship itself. This 'way of being', in its most stable form over time, is expressed by psychologists with the word 'personality' and thus personality styles are to be understood as macro-categories that contain the specific forms of that singular subject in the becoming of the relational experience.

## More or less stable subjective configurations

If we widen the field to include the familiar or the proximal world of our subject in care (the couple's relationship or the one with one's best friend or mother for example), we will see that in these relationships a complementarity of subjective configurations takes place. The other, we speculate, suf-

---

<sup>12</sup> The phrase alludes to a famous expression by Nancy Mc Williams (1994).

<sup>13</sup> As we mentioned earlier, psychological consultation also has an experiential and therefore a transformative objective, albeit in the restrained form of a taster.



ficiently confirms our way of being. It can never be completely so, it would not be a relationship between living beings, but if it were too little we would feel much more threatened than confirmed, or perhaps simply indifferent, and, we believe, we would hardly maintain that relationship. Those who grow up within subjectively important relationships (children, adolescents...) will pursue a continuous learning operation to actively place what they gradually become within that family context and then school, friendship, etc. contexts.

Thus, what a family brings to the scene of care is precisely this balance of forms of different ways of being to which each person brings his or her own experience of being there, and what each person will tend to do is implement his or her own affective culture that, if they are with us, presents some discontinuity that he or she feels is not easily integrated.

It therefore becomes important and useful to give the subject(s) seeking care a further opportunity among those that life has offered them to get in touch with and relocate the experience by recomposing the fractures, reconnecting the discontinuities, reuniting the internal alterities in a form which is different to what was historically acquired.

Here we should add another theoretical piece which once again concerns the theory of the subject and, to some extent, the ethics of care. Our function as therapists is not to restore a functioning closer to the norm (statistical or social), nor to facilitate an adjustment to the demands of the context (social, school, family), but to provide an opportunity for a better self-presence of the subject(s) in our care. We could say that whatever configuration of personality, whatever form the subject has taken on to be in the world deserves respect because it is his, it is what he has succeeded in doing best, and if he is there we can, if he wishes, help him to come to terms with a different outlook that puts him better in touch with what he experiences in his life that, at this moment, constitutes a discontinuity that he cannot manage, digest, integrate. It is this discontinuity - what we read in the experience we live - that today in part seems to be failing and we are unable to evolve because we are anchored to our historical identity; this creates problems for us and leads us to consultation. And it is the consultation that is the start, the taster, the moving towards a better quality of presence to oneself that can be pursued later in therapy and in life.

It goes without saying that this non-regulatory view also applies to family configurations, couple configurations, etc., otherwise we would be bringing into care a social orthopaedics and not an application for freedom.

Thus today provides a new and unique opportunity, and we, as a clinical system, are part of this opportunity with the function of observer/returner of what the subject or supra-subjective configuration brings into play with us as representative of what is/are in his/her/their world.

It is easy to understand, on the basis of what has been reported so far,

that what the subjects, whether individuals or within a relational configuration, bring to the scene of the psychological consultation is quite unpredictable before the meeting, and will be further articulated as the meetings proceed, but it will provide us, and provide them, with material to perceive and propose experiences and thoughts about the way of being of the subjects who are there with us, and about the complementarities and discontinuities between them.

What happens when we place ourselves in this form of listening, is that each of the actors in the field will be inclined towards the care they are getting a taster of. Therapists included.

Another principle that has inspired us and which we propose is that no one who asks for care should be excluded. It is a matter of identifying, together, how to respond to that request, not of choosing who is in need and who is not. Again, that would be presumptuous and disrespectful.

The outcome of the consultation is just that. It is to jointly identify the forms that are possible and useful for the different actors on the scene, to start along their own paths of self-presence. Including the clinical system, which is not omnipotently endowed with all skills, but which may have the opportunity to offer suggestions concerning others which are available in the wider system of which it is a part. The awareness that we are part of a welfare system which is itself part of a social system, and a culture, will guide us towards building in advance and maintaining collaborative relationships even outside the clinical system to which we belong, and which, for the aims of the specific situation - that patient, that family - we coordinate.

If we go back to the psychological diagnosis, what we propose is thinking that the sectorial and specific diagnostic focuses - the psychological ones relating to functions such as learning or anxiety, but also the medical ones relating to aspects of corporeity such as illness or disability - should be placed within a representation of the 'relational subject', who constitutes the central focus of the consultation and who, in many cases, is present in the psychological consultation itself together with other mutually significant subjects, who bring and propose in the here and now of the encounter with that clinical system their forms of existing, thus providing us with material that is as rich and valuable to understand as it is delicate to treat.

### Criteria for the proposal of a therapeutic set-up: feasibility

But what further criteria can we turn to, to think about the subsequent care arrangements to be proposed to our patients? The question is important and loaded. It is a question that guides us, often in implicit forms, in our proposal and that should deserve a better explanation, one that we shall try to present here. The work with children and adolescents and their families,

perhaps more than anything else, helps us to consider one variable as central, that is to say, 'feasibility'. We could say, on the one hand, that the subject is the bearer of a feasibility to profitably take care of himself or, on the other, that this possibility is absent or untraceable at that moment of his life and in his relationship with us. The subject's autonomy is evidently a key issue: when the other is so relevant in the patient's daily life, as is usually the case, for instance, with children versus parents, it clearly appears that the space of psychological feasibility that the child can exert is reduced, and this recommends a co-participation in the therapeutic process - in various possible forms - of those persons that are so decisive.

Of course, this relevance also relates to the very possibility of participating in a therapeutic process which, if not shared by the reference persons, might not be feasible or even presentable, even as a request for treatment - unless expressed in symptomatic forms, naturally.

This criterion, which is evident in childhood and adolescence, is actually present also later on if we think of the feasibility of introducing a third party with therapeutic functions, within a couple or a family, in whatever form this takes place, and of the phantasmatic relevance of this third party in the relational dynamics. It is therefore not a matter of a concrete but a psychological dependence that welds and stabilises the existing by turning the third party into a threat, rather than an opportunity.

In the consultation, therefore, it will be necessary to explore the possibilities of developing the therapeutic pathway in one direction rather than another, to reach an outcome that is possible for the clinical system and its interlocutors, and that may not coincide with the arrangement wished for by the clinicians themselves but possible instead, at the moment, for the patients or for some of them.

### Consultation with children and adolescents: some specific aspects

We need to clearly specify certain aspects of the consultation process involving children and adolescents, which includes at least one major theme: a child presupposes an adult who gave birth to him or her (Badoni, 2013): the child needs the presence of parents not only to provide the security of living, but as a guarantee of growth and mental development.

From this concept, further evidence emerges: given the incompleteness<sup>14</sup> of the child, working with him assumes that the therapist's mind harbours a

---

<sup>14</sup> The living subject is always unfinished but here reference is made to a form of child-caregiver bonding that appears particularly radical and is also referred to in ethological literature as 'neoteny' (Bolk, 1926).

group dimension: these are not just ghosts, but real presences, with a powerful impact on the child's mental development.

A key aspect of the consultation involving a child is therefore the consideration of the parents' ability to tolerate the intervention itself with the child, as mentioned above.

How can we enter the 'family home', we, other adults, without intruding, without judging, and also without being considered merely as guests?

The indispensable role of the adult, of the parents, is strongly emphasised throughout Vallino's work, for example: 'Not only can we not deny that the family and the environment have an influence on the healthy and pathological development of the child, but neither can we idealise the transformations that a child can make with the help of the therapist alone' (Vallino, 2013).

The child's mental development is therefore a function of the relational matrix: one of the consequences is that the position of the parents and the child's life context acquire a particular relevance within the consultation pathway. This does not imply that the only possible intervention involves shared parent-child sessions, or, even less, that no individual sessions should be pursued for the child: it implies that working with and through the significant figures in the child's life context is essential.

What has been said can to a large extent also be carried over into consultation with adolescents, naturally, but it takes on a particular pervasiveness in childhood.

### A brief clinical example: family A

Beppe and Carla are spouses both working in the world of care and education, and present their request - it is Beppe who telephones the Progetto Sum Counselling Centre - explaining that they are parents of two children, aged thirteen and fourteen (Dario and Franco) and a seven-year-old girl, Giada, and that one of the two boys, Dario, is not well and is creating problems at home.

The psychotherapist Hans receives the telephone call, presents the request to the team, and it is accepted by another psychotherapist, Italo. Italo then phones the father and proposes an appointment with whoever the latter sees fit to meet.

Beppe and Carla arrive with their son Dario and introduce themselves; they complain about his behaviour at home, his unwillingness to help with household chores, his untidy room, and the difficulties he was having at the start of the school year in the new secondary school he was attending. The parents report that they then quickly transferred him to another school, the one attended by his elder brother, where things are going well.

The issue immediately appears distinctive to the clinician, Italo, both because the school problem appears to have been solved, and because the problems concerning household chores appear as truly physiological in adolescence, especially in the eyes of two 'insider' parents, both of whom are attentive and capable on an educational level. Italo makes space for dialogue with Dario, but no particular problems are identified except to confirm a period of conflict between the parents, and which Dario himself appears to be sorry for. Towards the end of the first interview, when the parents are back in the room and the clinician Italo, who has an open attitude, asks them some questions, dad Beppe reports that there was a critical phase in his personal life, about a year ago, linked to issues he was facing at that time, which he dealt with through individual psychotherapy, which was concluded, and with medication, and that this led to some family discomfort. The therapist proposes an open scenario for the next interview, which includes the opportunity to introduce the other two children in the consultation, but also to think about a single space for the two spouses. The decision is made to include the whole family at the next meeting; there, it emerges that there is continuing difficulty between the spouses in managing the children and supporting each other in their life vicissitudes – Beppe in his crisis, Carla in the daily management of a complex family life.

Dario's critical issues are also shared in part by his brother Franco, and it is reported that Giada started primary school with some difficulty and that the teachers have suggested to the parents that it would be appropriate to proceed with a specialised assessment on aspects of learning and attention.

In the individual interviews with Beppe and Carla, what emerges is a difficulty and uneasiness that has been affecting the couple's relationship for some time, but which has become more acute since Beppe's crisis, both on the relational level and in terms of the educational function; for Beppe, it is a feeling of not being understood or supported; for Carla, it is a feeling of having been 'betrayed' by her husband's crisis, which has appeared like a thunderbolt for her, the loss of a stable reference point.

After this process and upon the spouses' reappearance jointly in session, the need to examine this dual aspect more deeply emerged clearly in parallel with the removal of filial criticalities.

Italo refers the situation to the team and suggests a psychotherapy course for couples; this is accepted by a colleague, Laura, and is proposed to Mr and Mrs A, who approve of it and it has been an ongoing course for several months now.

Giada is waiting for an appointment with the Child and Adolescent Neuropsychiatry services of the local ASL (local health unit).

However, the situation proposed, albeit concisely and with utmost respect for the privacy of those concerned, clearly highlights several aspects: the request for care has been made by bringing a child's problem to the fore, and

the consultation leads to an outcome that involves the parental couple. The process, which lasted a total of seven meetings over a couple of months, allowed activation of the participatory presence of all the components, each one signifying their own actions and those of the others, and thus the consultative framework allowed everyone to remain within a common process, but with specific forms negotiated for each individual. The therapist gradually brought into focus both the forms of psychological functioning of each person - at different levels of understanding and the required thoroughness - and the reciprocal complementarities/discontinuities, favouring the emergence of a direction of care that started with what was most relevant and feasible for them: the conjugal theme that they had not been able to bring forward in the first instance. For Italo, the team constituted both the place where he listened to the presentation of the request for care, and the place where he participated in the evolution of the process and, finally, the place where the proposed outcome of the consultation was shared, as well as its operative outcome, with the other therapist, Laura, belonging to the same clinical system, and this favoured the compliance of the couple, who felt welcomed and cared for by a psychotherapist - and previously listened to on the phone by another; they then felt they could rely on a third party, who was part of the clinical system and with whom they had now become familiar, who was trustworthy and who responded to their now clearly identified care needs as a couple.

We might add, for the sake of completeness but also to highlight its importance, that this situation was brought forward by Italo, in the intermediate phase of the consultation, in an interview group of psychotherapists who deal with children, adolescents and families, and proved to be extremely useful for focusing on the forms of Italo's presence to himself and in his clinical work.

### The consultative process and consultation as a permanent posture

We are now in a better position to understand the consultative process that follows the telephone call, and the start of the in-presence process because the reciprocal positioning of the actors in the field, belonging to the two systems, will lead them to actions that, as far as the clinical system is concerned, will be inspired by the needs we have described, which are to explore experiences that favour forms of approach, of contact with the self.

If, therefore, the position we suggest *ab initio* is one of open acceptance to whoever wishes to be present on the scene of psychological care, and however they wish to do so, as the meetings proceed, but even during the first meeting, the clinician and his or her system can propose and indicate actions of various kinds, thus becoming more active, so to say, on the basis of what they will gradually understand-feel is happening.

Consultation is thus configured as a space-time of an exploratory nature that introduces entirely provisional relational arrangements – a listening space for an adolescent, a meeting with the parental couple and/or with each of them, perhaps even with the school class coordinator – providing us and the persons in our care with relational experiences and restitutive glances within that arrangement, but also providing glimpses of possible future more stable configurations.

We are, of course, describing highly complex situations, but the possibility of accommodating an individual subject who brings with him a need for care, is well present in the consultation, and where the forms of the therapeutic pathway that are negotiated in the consultation concern aspects of the setting, such as the frequency of the meetings, the timetable, the fee, and little else, issues that are nonetheless present even in the most complex consultations, of course. In adulthood, these kinds of requests for treatment are very frequent and naturally may not require any extension to include other actors in the field, beyond the therapeutic couple, and at times moments of intervision or supervision involving the therapist.

However, we should point out that consultation, in addition to being the name we give to the initial phase of the care encounter - as it has thus far been presented - is also a perspective, a posture, which can and, in our opinion, should accompany the clinical system, even in the course of subsequent care, since the needs that the subject or systems in care will bring over time may evolve, and evolutions even of the forms of treatment may be recommended.

Having agreed on a specific care and setting following the consultation, it is then possible to deal with the need to introduce changes based on a shared contractuality and its meaning for all participants involved in the process, and thus to assess what to do while keeping in mind the meaning and value of what was previously agreed upon. Nothing is therefore unchanging or permanent, but everything, in psychotherapy, is to be produced in the light of a shared history. Not so in consultation where, instead, the choice of actors, times, forms is characterised by reversibility and explicit experimentation.

### The team as network

While it is important to safeguard the privacy of the dual relationship, both in the consultation and in the subsequent individual psychotherapeutic treatment, I believe it is useful to consider the importance of a group of colleagues - I use the expression in a broad sense here - with whom one can share both the treatment pathway - I am thinking here of supervision, interviews, team discussions - and any needs for circumscribed counselling or the broadening or redirection of the therapeutic pathway.

The individual adult patient also feels and sees if the therapist is inside a system, and how he feels there. He often sees it also from the configuration of the place, from the website, from the snatches of sentences he overhears in the corridors spoken by the colleagues, and once again the microsocial dimension appears, not as an extraneous presence in the dual and private care pathway. This certainly does not mean supporting the indiscriminate sharing of thoughts about patients within the team. Privacy is important for the patient, just as it is for the therapist. The team can therefore be a relatively mute and deaf presence, but can become a speaking presence if needed.

This obviously requires prior attention paid to the care systems, which we will not dwell on but which cannot be improvised. Instead, it needs to be planned and maintained over time as an integral part of the clinical system and an indispensable element of its quality.

### Training in clinical psychology and psychotherapy

The most widespread forms of psychotherapy training curricula within specialisation schools do not seem to give due importance to the considerations expressed so far. Usually, the training proposed concerns a therapeutic set-up – individual, family, group – at times a few of these, as well as spaces devoted to diagnostics – often understood in an experimental sense – but very little space is devoted to what comes first, and which is the first question the neo-therapist needs to answer: which set-up of treatment would be more suitable for this person/these persons facing me? Who will be able to start, and who, on the other hand, can do other things well? But above all, on the basis of which criteria and through which processes can we formulate an answer to these questions? Of course, in the worst-case scenario, these questions will not even be asked, and one will simply go ahead with that patient with what one is able or inclined to do; fortunately, however, this is increasingly not the case and therefore, there is a need to develop one's skills both with other therapeutic frameworks and to question oneself regarding the criteria and processes of reading the request for care and orientation that are the focus of psychological consultation in the sense we are applying here.

This *vulnus*, of course, is decidedly less present or sometimes absent in the specialisation schools that have as their clinical target children, adolescents or serious situations in adulthood, where the clinic has for some time now identified the need to organise care responses that include more than one subject, as has been described in this paper; but it seems to us that even in these cases, the thinking on the criteria to guide the co-construction of the care set-up, is not always sufficiently developed or made explicit. In a few clinical contexts, for instance in the consultation, one is in the presence of professional stereo-



types that guide the action and are only very laboriously challenged. It is evident that this factor has an important effect on phenomena such as therapeutic shopping, or drop-outs in the early phase of intervention.

Instead, it would be really important for clinical training to find an adequate space for the focus of the thinking and technical instruments, involving the part of the care process that goes from the arrival of the request for treatment, to the definition, perhaps provisional but nevertheless more stable, of the therapeutic process. That is, to the 'psychological consultation'. This greater relevance should be present in both pre-graduate and specialist training, as well as in the supervision and intervention work that accompanies our clinical work for a long time, we might even say forever.

### An example of the organisation of the psychological clinic: reception and consultation in 'Project Sum'

In the clinical examples proposed earlier, an organisational subject, Progetto Sum ETS, emerged, which serves as a container for the clinical activity of one of the authors of this paper, and which can be illustrated better here since it constitutes one of the possible operational instances of the proposed model; of course, it is not the only one and not necessarily the best one, but it is useful to sum up concretely what we have set out so far on the level of the organisation of the clinical system in a more general and abstract manner.

In its Counselling Centre in Parma,<sup>15</sup> Progetto Sum, has an access organisation that provides for a good number of its psychotherapists (at the moment the group operating in the same location is made up of fourteen people: eleven psychologist-psychotherapists and three medical psychotherapists, one of whom is a psychiatrist and one an NPJA)<sup>16</sup> to manage a twelve-hour mobile phone service from Monday to Friday and on Saturday mornings. When answering the call, the psychotherapist accepts the request, and collects a number of clinical and organisational details, (including time availability, information on the fees, etc.), which he or she reports to the Friday morning team. The group discusses the information and, where possible, a clinician accepts the consultation, which he or she will direct.

---

<sup>15</sup> Already evident in the choice of name, 'Counselling Centre', is the consistency between the container and the content, *i.e.*, the thought and practice in a place where *care* relations take place under the auspices of horizontal co-participation - between professionals - and vertical - between professionals/organisation and subjects/patients - which makes the universality of the recipients of care - and therefore the removal of barriers to accessibility - with fees commensurate with the patients' ability to pay.

<sup>16</sup> Participant in the team but operating externally.

The additional places for interpersonal sharing are set up, in addition to the informal places - the lounge and the corridors, for instance - by the weekly team itself, where the discussion of ongoing situations take place, or reorientation after the consultation - as happened in the case of family A, or the BAF (Children-Adolescents-Families) interview group, which is partly made up of colleagues working externally to Sum, or a monthly online interview group with other colleagues from the Sumus network - the network which includes other cities which host Sum Project consultancies (Reggio Emilia, Turin, Pavia, Lecco, Cuneo, Fidenza-Salsomaggio Terme-Collecchio), or the Extra Large team, which once a month adds colleagues to our team - mostly psychotherapists but also some psychiatrists, gynaecologists, family mediators, nutritionists - who operate in their own offices in Parma but under the ethical conditions of Progetto Sum, and who are the recipients of the situations which, due to clinical skills and/or the unavailability of the indoor group, are sent to them after presentation and discussion in the team.

Sometimes it also happens that the recipients are colleagues of the Network for Social Psychotherapy who, in the Parma area, offer clinical activities under the banner of sustainable quality as Project Sum, albeit with some theoretical-clinical, organisational and economic differences.

The consultation process thus develops in the forms that we have shared here in a logic that enhances the singularity of the encounter between therapist-patient (or 'requesting-care system-clinical system') within a specular organisation-context of life in which we are immersed, to return to Sergio Manghi's exergue, we as subjects in this world, with the different functions we perform in it.

Clearly, the theoretical-clinical vision we have tried to elucidate in this paper finds its operational declination in organisational forms consistent with it, which therefore, to quote the major references, considers subjects in a unitary, relational manner, located in specific places and times, which it affects and by which it is affected.

#### REFERENCES

- Adamo S.M. ed. (2000). *Un breve viaggio nella propria mente, consultazioni psicoanalitiche con adolescenti*. Liguori, Napoli.
- Badoni M. (2013). *Le tante declinazioni della psicoanalisi infantile*. Available from: [www.spiweb.it](http://www.spiweb.it)
- Bolk L. (1926). *Il problema dell'ominazione*. Derive Appodi, Roma, 2006.
- Charmet G.P. (2000). *I nuovi adolescenti*. Cortina, Milano.
- Lancini M. (2007). *Genitori e psicologo: madri e padri di adolescenti in consultazione*. FrancoAngeli, Milano.
- Lancini M., Cirillo L., Scodeggio T., Zanella T. (2020) *L'adolescente: psicopatologia e psicoterapia evolutiva*. Cortina, Milano.
- Lingiardi V. (2018). *Diagnosi e destino*. Einaudi, Torino.

- Mc Williams N. (1994). *La diagnosi psicoanalitica: struttura della personalità e processo clinico*. Astrolabio, Roma, 1999.
- Morin E. (1983). *Il metodo: ordine, disordine, organizzazione*. Feltrinelli, Milano, 1994.
- Minolli M. (2015) *Essere e divenire, la sofferenza dell'individualismo*. FrancoAngeli, Milano.
- Neri, C. (2017). *La consultazione partecipata*. In: F. Borgogno, G. Maggioni, eds., *Una mente a più voci. Sulla vita e sull'opera di Dina Vallino*. Mimesis Edizioni, Milano.
- Sala A. (2019). *Psicoterapia Psicoanalitica per l'età evolutiva*. Mimesis, Milano-Udine.
- Seikkula J (2021). Dialogo Aperto: un nuovo approccio psicoterapeutico e orientato ai diritti umani per costruire servizi psichiatrici umanistici. *Ricerca Psicoanalitica* 32(3), 565-582. <https://doi.org/10.4081/rp.2021.529>
- Vallino D. (2009). *Fare psicoanalisi con genitori e bambini*. Borla, Roma.
- Vallino D. (2013). Incontrare l'inconscio di bambini e genitori con il gioco e con l'osservazione: Proposte della consultazione partecipata prolungata. *Quaderni del Centro Milanese di Psicoanalisi 1*, 24-29. Available from: <http://www.cmpspiweb.it/publicazioni/quadernionline.asp>
- Vanni F. (2015). *La consultazione psicologica con l'adolescente*. FrancoAngeli, Milano.
- Vanni F. (2023). Presence and Self-learning: an evolutionary hypothesis. In: F. Irtelli, ed., *Happiness - Biopsychosocial and Anthropological Perspectives*. Intech Open Editore, 2023.

---

Conflict of interests: the authors declare no potential conflict of interests.

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received: 21 June 2024.

Accepted: 23 August 2024.

Editor's note: all claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, editors and reviewers, or any third party mentioned. Any materials (and their original source) used to support the authors' opinions are not guaranteed or endorsed by the publisher.

©Copyright: the Author(s), 2024  
Licensee PAGEPress, Italy  
*Ricerca Psicoanalitica* 2024; XXXV:936  
[doi:10.4081/rp.2024.936](https://doi.org/10.4081/rp.2024.936)

*This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.*



## La consultazione psicologica come prima esperienza clinica trasformativa

Fabio Vanni,\* Silvia Bertoli\*\*

SOMMARIO. – Viene qui proposto un modello di un passaggio del processo clinico che riteniamo rilevante e meritevole di una migliore considerazione fra gli addetti ai lavori. Considerazione e rilevanza che stanno crescendo peraltro, soprattutto nel mondo psicoanalitico. A fronte di questa centralità e della pluralità di modelli teorico-clinici oggi presenti riteniamo sia utile offrire un contributo che, tenendo conto di questa storia, faccia un passo avanti nella concettualizzazione di questo primo step del percorso clinico di ogni paziente. Per fare questo è necessario, a nostro parere, partire dalla messa a fuoco di due concetti, soggetto e cura, per poi collocare la consultazione entro questo perimetro dandole un posto specifico. Pur riconoscendo la peculiarità della consultazione quando interessa alcune età specifiche, infanzia e adolescenza in particolare – età che hanno suggerito alcune delle concettualizzazioni più innovative e note della consultazione, alle quali si farà breve cenno – il presente scritto vuole occuparsi della consultazione come processo clinico di portata generale. Verrà proposta una breve vignetta clinica esemplificativa ed una esperienza concreta di organizzazione della consultazione in un ente del terzo settore; esempi che ben si prestano, a nostro parere, a concretizzare e chiarire quanto proposto senza pretesa alcuna di esaurire la complessità delle applicazioni possibili.

*Parole chiave:* consultazione psicologica, psicoterapia, psicodiagnosi, soggetto, relazione, bambino, adolescente, famiglia, rete.

*“Ci sono due modi di pensare alla complessità:  
si può pensare che il mondo là fuori è complesso  
e che noi lo guardiamo consapevoli  
ma ritenendo di essere ordinatamente  
al di fuori di questa complessità,  
oppure possiamo pensarci parte di essa,  
dentro alla complessità con tutti noi stessi  
e solo con la possibilità di danzare dentro di lei.”*

S. Manghi

---

\*Psicologo psicoterapeuta, già dirigente SSN, Presidente Progetto Sum ETS e Rete Psicoterapia Sociale ETS. Docente a contratto UNIPR, Italia.

E-mail: [fabiovanni@progettosum.org](mailto:fabiovanni@progettosum.org)

\*\*Dirigente psicologa psicoterapeuta c/o NPIA ASL di Parma, esperta in infanzia, adolescenza e psicodiagnostica dell'età evolutiva, Italia. E-mail: [bertoli.silvia@gmail.com](mailto:bertoli.silvia@gmail.com)

## Dentro la complessità dell'incontro di cura

Mettere a fuoco il dispositivo clinico che chiamiamo ‘consultazione psicologica’ rende necessario, a nostro parere, fare alcune premesse su almeno due macrotemi: la cura psicologica e il soggetto.

Sul primo crediamo sia utile premettere che la cura psicologica è pensabile come un artefatto che le società contemporanee producono all'interno dei loro sistemi di welfare. Lo fanno in forme differenti in relazione a diverse variabili che le caratterizzano: il valore della soggettualità e del malessere e le forme della relazionalità sociale sono fra queste.

La cura psicologica si configura quindi all'interno di rappresentazioni culturali, norme, economie. Quello specifico sistema sociale la organizza però dando voce ad una relazionalità interumana che è presente da sempre e in ogni luogo. La cura caratterizza l'umano come poche altre pratiche relazionali.<sup>1</sup> Le forme che essa assume possono essere però molto differenti nel tempo della storia e nelle diverse culture.

Prendersi cura è una forma della relazione che si declina infatti in modi formali e informali, professionali e non. Un primo elemento che crediamo vada quindi sottolineato è che quando un essere umano incontra una domanda di cura, ovvero delle persone che la interpretano, lo fa all'interno di uno specifico universo culturale, e non nel vuoto.

La nostra civiltà, per ragioni che non descriveremo qui perché ci allontaneremmo dai limiti che ci siamo posti con questo scritto, produce figure professionali che svolgono funzioni di cura,<sup>2</sup> fra le quali gli psicoterapeuti

---

<sup>1</sup> “Uno studente chiese all'antropologa Margaret Mead quale riteneva fosse il primo segno di civiltà in una cultura. Lo studente si aspettava che Mead parlasse di ami, pentole di terracotta o macine di pietra. Ma non fu così.

Mead disse che il primo segno di civiltà in una cultura antica era un femore rotto e poi guarito. Spiegò che nel regno animale, se ti rompi una gamba, muori. Non puoi scappare dal pericolo, andare al fiume a bere qualcosa o cercare cibo. Sei carne per bestie predatrici che si aggirano intorno a te. Nessun animale sopravvive a una gamba rotta abbastanza a lungo perché l'osso guarisca.

Un femore rotto che è guarito è la prova che qualcuno si è preso il tempo di stare con colui che è caduto, ne ha bendato la ferita, lo ha portato in un luogo sicuro e lo ha aiutato a riprendersi. Mead disse che aiutare qualcun altro nelle difficoltà è il punto preciso in cui la civiltà inizia. Noi siamo al nostro meglio quando serviamo gli altri. Essere civili è questo”.

Giuseppe Melillo, Huffpost, 26.3.2020

<sup>2</sup> Anche una disamina sommaria della storia recente in questa parte di mondo renderebbe evidente come si sia passati da funzioni di cura limitate ad alcune figure professionali (il medico, la levatrice, la maestra...) dove era il sistema familiare (e particolarmente le donne) che si faceva carico della gran parte delle funzioni stesse ad una storia più recente che ha visto sorgere ed affermarsi numerose figure (tutor e counselor, psicologi e assistenti sociali, le infinite specialistiche mediche, etc.) che articolano sempre più i loro compiti all'interno di un sistema di welfare che fa di esse figure chiave che integrano le funzioni di ciò che oggi sono le famiglie nella loro multiformità.

che lo fanno dopo un lungo processo formativo che li aiuta ad organizzare una forma di presenza in rapporto alla domanda di cura stessa che è esplicitamente fondata su saperi scientifici e che li traduce in strumenti di interpretazione e d'intervento.

Fra questi saperi è forse utile mettere a fuoco qualche pensiero sul soggetto umano, la persona, giacché egli è sia l'artefice che il destinatario della cura psicologica.

Facciamo qui riferimento ad un pensiero (Minolli, 2015; Vanni, 2023, fra gli altri) che considera utile l'idea di una *unitarietà* e *relazionalità* del soggetto umano – il 'soggetto relazionale' – che sviluppa un suo divenire nel tempo a partire da un inizio e fino alla fine. Dal concepimento di un genotipo che è portatore di un patrimonio genetico unico collocato in un contesto altrettanto unico – il soggetto materno che è parte di un mondo – binomio che forma la sua 'configurazione iniziale', esso realizza sé stesso nella relazionalità fino alla sua morte.

Essendo posto all'interno di questa cornice il soggetto umano *diviene* facendo sue le esperienze nelle quali vive che man mano costituiscono forme più stabili di interpretazione di sé e del suo divenire stesso nel mondo. L'uso dell'esperienza – esplicita e, soprattutto, implicita - del soggetto come vertice per stare nel presente è pensabile come un criterio utile per comprendere le sue capacità ma anche le sue difficoltà giacché per definizione ciò che egli incontrerà nel suo divenire sarà in parte differente da ciò che ha esperito prima e che costituisce man mano autoriflessivamente la sua identità. Ogni nuova esperienza verrà letta alla luce di come quel soggetto si è formato nel tempo ma non sarà mai identica a ciò che ha vissuto. Questa dinamica fra aspettativa di conferma di sé e dei propri criteri di lettura del mondo e novità dell'esperienza in arrivo, come vedremo, è un punto chiave della teoria e quindi del metodo che ne deriva.

Se questo è, a grandissime linee, il soggetto umano questo è ciò che porterà anche nella sua domanda di cura. Non potrebbe fare altrimenti. E se l'organizzazione relazionale che è per lui rilevante è costituita dagli umani attorno a lui – la sua coppia, la sua famiglia, il suo ambiente formativo e/o di lavoro, etc. – sono questi che comparteciperanno del suo divenire – e quindi lui del loro - ed è questa 'configurazione ulteriore' che si presenterà – in azione e in narrazione – sulla scena della cura. Come vedremo è quindi proprio a questo che dovremo dare *accoglienza* nella consultazione psicologica.

Le teorie e le tecniche sono quindi delle boe che ci diamo (come professionisti e come persone) per mettere un po' d'ordine nel caos, nella consapevolezza che il disordine ci vive e ci pervade, come suggerisce l'esergo del presente lavoro, e che non ne siamo magicamente fuori, ma bensì densamente, drammaticamente, dentro. Ogni soggetto psicoterapeuta dà quindi la sua interpretazione singolare del ruolo di artefice sociale che ricopre.

Interpretazione non solo e non tanto cognitiva, ma soggettuale a tutto tondo. È quindi un soggetto umano che nel tempo ha acquisito e, in una certa misura, integrato nella sua umanità saperi, strumenti, che gli danno un'esperienza di *ordine nel disordine* (Morin, 1983). Questo nostro contributo, in fondo, vuole porsi su questo piano. Questa densità è presente fin dal primo momento d'incontro ed è portata con sé in esso sia dal richiedente che dal curante e, come vedremo meglio, sia dal 'sistema richiedente cura' che dal 'sistema clinico' giacché anche il curante non è da solo nel mondo della cura ma fa parte di un sistema che ci pare utile tenere in considerazione nel nostro pensiero clinico.

### Alcuni modelli di consultazione

Nella storia della clinica psicologica sono apparsi nell'ultimo mezzo secolo diversi modelli di consultazione, a partire da alcune esperienze inglesi – dalla Tavistock Clinic al Brent Center - e poi anche italiane – da Tommaso Senise ad Arnaldo Novelletto – e nordamericane – Finn – ma vogliamo qui ricordarne brevemente alcune che sentiamo più significative per noi.<sup>3</sup>

#### *Un modello di consultazione in infanzia: la 'consultazione partecipata' di Dina Vallino*

Uno degli approcci più interessanti e più spesso utilizzati con i bambini è quello della consultazione partecipata. La consultazione partecipata è il termine introdotto da Dina Vallino per parlare di un percorso di consultazione psicanalitica rivolto a genitori e figli.

È un processo che non esclude la psicoanalisi individuale del bambino, ma la amplia, perché coinvolge i genitori nella responsabilità della cura dei figli prima di qualsiasi ulteriore percorso clinico.

Nelle sedute partecipate si possono evidenziare due elementi costitutivi: non solo la proposta rivolta ai genitori a coinvolgersi, nell'osservazione come nel gioco condiviso in seduta con il bambino, ma anche l'invito al bambino a dare espressione ai suoi contenuti emozionali e ai suoi pensieri (Sala 2019), ovvero ad aprire la comunicazione attraverso il disegno, il gioco e la narrazione di piccole storie.

Nelle sedute che prevedono invece la presenza dei soli genitori, l'atten-

---

<sup>3</sup> Si rimanda al volume 'La consultazione psicologica con l'adolescente' (Vanni, 2015) ma anche a 'Un breve viaggio nella propria mente' (a cura di Adamo, 2000) per una disamina storica più approfondita del tema.



zione è posta sulla condivisione di quanto è emerso durante le sedute partecipate, con particolare attenzione ai vissuti, del bambino e propri, dando loro l'opportunità di chiarire il significato, e anche di poter trovare da sé, risposte concernenti i vissuti, i pensieri e gli stati d'animo del loro piccolo (Vallino, 2009).

L'obiettivo principale è dare sostegno al bambino affinché egli pervenga, tramite gli strumenti del simbolo e della metafora, ad una rivelazione di sé, ed è questo che favorisce il recupero delle competenze genitoriali e che nel contempo arricchisce la rivelazione di sé del bambino.

Il terapeuta osserva e gioca insieme al bambino e ai genitori, si lascia permeare dall'atmosfera emotiva della seduta, esercitando quanto possibile la sua 'capacità negativa'.<sup>4</sup>

La via proposta è quella di far emergere ed iniziare a dipanare l'intricata matassa formata dal sintomo del bambino, dal 'frintendimento' della comunicazione e dalla confusione tra disagio del bambino e disagio dei genitori.

Uno degli scopi della consultazione partecipata, è cogliere il frintendimento dei genitori rispetto al figlio, sia per quanto riguarda la comunicazione, il sentimento, i vissuti, sia in relazione all'origine del sintomo del bambino, che può collocarsi nella relazione con i suoi bisogni (Vallino, 2009).

### *Il modello 'Minotauro'*

A partire dagli anni '80-'90 del secolo scorso il gruppo milanese del 'Minotauro' ha sviluppato un pensiero originale sulla clinica dell'adolescenza che, pur facendo riferimento al lascito teorico di Franco Fornari, contiene elementi assai specifici sia sul piano teorico che clinico (Charmet, 2000). Il modello di consultazione prevedeva uno spazio distinto per il figlio e per ciascuna figura genitoriale ed un luogo di condivisione formato dai diversi clinici che vedevano i soggetti componenti la famiglia. L'idea di fondo può essere rintracciata nel dare voce al ruolo (materno, paterno, fraterno, etc.) e di effettuarne un lavoro di sintesi come gruppo di clinici ove ognuno riporta le 'voci' che ha incontrato. Il modello si connota in particolare come intervento sulla crisi adolescenziale in quanto momento di comunicazione sintomatica intrafamiliare, da trattare anche con una certa tempestività ed intensità nonché da concludere spesso con una restituzione 'drammatizzata' in forma corale fra i due gruppi – familiare e clinico.

Il modello, che naturalmente ha trovato declinazioni in parte specifiche in relazione ad alcuni temi chiave – tentativi di suicidio, disturbi alimentari, antisocialità – si configura tutt'oggi come fortemente orientato al coinvol-

---

<sup>4</sup> Neri, C. (2017). La consultazione partecipata. In F. Borgogno, G. Maggioni (a cura di), Una mente a più voci. Sulla vita e sull'opera di Dina Vallino. Mimesis Edizioni, Milano.

gimento delle figure familiari nella significazione della crisi stessa e può prevedere l'uso di strumenti testistici a fini euristici più che diagnostici. (Si veda per approfondimenti Lancini, 2007).

Questa proposta clinica – ed i suoi sviluppi nella cosiddetta ‘psicoterapia evolutiva’ (Lancini *et al.*, 2020) - ha costituito a suo tempo una discontinuità importante nel trattamento degli adolescenti e dei giovani adulti ed è oggi presente anche in riferimento ad età e tematiche diverse, compresa l'infanzia e l'età adulta.

### *L'Open Dialogue*

Il gruppo finlandese che fa capo a Jaakko Seikkula ha sviluppato negli ultimi decenni del secolo scorso un modello d'intervento sulla crisi, in particolare con persone adulte con emergenze di tipo psicotico o della condotta, che si è poi allargato ad una popolazione clinica più ampia e si è diffuso in tutto il mondo anche grazie ad un parallelo e attento lavoro di ricerca sugli interventi stessi che ne mostravano l'efficacia.

Il retroterra teorico è prevalentemente sistemico ma sono presenti influenze dell'*Infant Research* e di filosofi di scuola sovietica (Seikkula, 2021). L'intervento, che solo con parole nostre potremmo definire di consultazione, è svolto solitamente a domicilio del paziente e coinvolge fin da subito l'intero contesto familiare e allargato, è caratterizzato da alta intensità e tempistiche prolungate e solo raramente prevede l'uso di farmaci o di ricoveri in luoghi dedicati. Il dispositivo di ascolto è fortemente rispettoso degli attori presenti e il tentativo di dare voce e di portare in dialogo aperto le istanze silenziose si configura come un avvio di quanto poi ispirerà anche i trattamenti successivi che coinvolgeranno gli stessi protagonisti familiari. L'équipe clinica della consultazione è sempre sovraindividuale con una precisa definizione dei ruoli interni che è di tipo squisitamente psicoterapeutico e mirato alla produzione di esperienze di tipo trasformativo e orientativo basate sull'ascolto e sul dialogo aperto.

Alcuni aspetti paiono comuni ai tre modelli: una attenzione alla consultazione psicologica come snodo fondamentale della clinica psicologica, una visione attenta al singolo soggetto e al sistema nel quale vive e che viene reso partecipe del processo clinico fin dal suo avvio, la presenza di aspetti di specificità tecnica all'interno di una prospettiva più generale che valorizza la relazionalità dei soggetti facenti parte dei due sistemi, clinico e richiedente cura.

Nella nostra proposta di consultazione sarà agevole rintracciare questi ed altri spunti presenti nei modelli qui sommariamente introdotti. Vediamo come li sviluppiamo sul piano clinico a partire da una differente prospettiva teorica come quella precedentemente sintetizzata e che preciseremo ulteriormente nelle pagine a seguire.

## Allestire l'incontro

Quando lo psicoterapeuta incontra una domanda di cura, dicevamo, il pensiero teorico e gli strumenti tecnici che possiede sono immersi in una sua umanità e socialità più ampia.

L'incontro con persone che portano una domanda di cura non è quindi, se non in parte, un incontro di parole e di pensieri. Prima di tutto lo pensiamo come *un incontro di soggetti che avviene in un contesto sociale*.

Come possiamo quindi pensare di organizzare, di predisporre, questo incontro? E di predisporci ad esso...

L'allestimento del primo incontro è, di solito, a cura dello psicologo/psicoterapeuta e dell'organizzazione di cui fa parte, all'interno di norme giuridiche e di prospettive culturali che ne delimitano, come detto, le opzioni ma che lasciano sempre spazio ad una sua – del clinico – e loro – dell'organizzazione – interpretazione.

D'altra parte chi presenta una domanda di cura lo fa ad un interlocutore, persona e/o organizzazione, della quale ha previamente una rappresentazione affettiva, delle aspettative, pur insature.

Non asseconderemmo quindi una visione 'industriale', manualistica, della cura ma una sua rappresentazione come 'pratica scientifica artigianale' (Lingiardi, 2018), dove le singolarità non sono ostacoli ma dove certamente la serialità e la ripetitività sono molto contenute non solo in omaggio al rispetto delle singolarità dei protagonisti ma anche all'esigenza di favorire la complessificazione della domanda di cura in quanto espressiva della complessità dei soggetti presenti, come vedremo meglio.

Per il momento ci limiteremo, per comodità espositiva, a considerare che vi è chi fa una domanda di cura e chi risponde ad essa, anche se esistono forme di consultazione ove questa configurazione dei ruoli è inversa ed esistono contesti di cura ove non è il sistema clinico che allestisce il palcoscenico dell'incontro ma il paziente o altri attori.<sup>5</sup> Conviene però partire, per facilitare la comprensione, dalla forma più comune, ritenendo che il modello generale di pensiero che proponiamo non cambi anche nelle altre forme possibili.

Se quindi chi porta una domanda di cura lo fa non solo con le parole ma portando sé stesso e chi accoglie questa domanda fa altrettanto è da qui che dobbiamo partire per domandarci come considerare, e prima ancora come allestire, come attrezzare sia concretamente che simbolicamente questo incontro.

---

<sup>5</sup> Nel volume 'La consultazione psicologica con l'adolescente' (Vanni, 2015) vi sono alcuni approfondimenti esemplificativi di queste tipologie nel mondo adolescenziale: dalla consultazione domiciliare a quella in Pronto Soccorso.

Se fossimo interessati solo alle parole, ribadiamo, allestiremmo delle buone *call* telefoniche, ma ci mancherebbe il meglio dell'incontro con l'altro: i corpi e l'azione reciproca di essi nello spazio che s'intreccia con le parole e i caratteri paraverbali che le accompagnano e le qualificano. Chi lavora con i bambini lo sa particolarmente bene ma è opportuno che anche chi si occupa di chi è più grande non pensi di disfarsene.

Immaginiamo quindi che, per la possibilità che lo psicoterapeuta ha di configurare lo spazio e il tempo dell'incontro, egli possa farlo per favorire il *matching* di soggetti umani concreti, fra i quali lui stesso e/o altri che rappresentino la parte dei curanti.

Troviamo utile, dicevamo, distinguere *ab initio* fra due sistemi, due 'configurazioni relazionali' che s'incontrano: quella clinica e quella che pone una domanda di cura. La consultazione prende avvio a partire da questi due artefici che possono essere costituiti ognuno da più persone oppure, naturalmente, da una sola per ciascun sistema.

Può essere cioè che la telefonata, la mail, il bussare alla porta, trovino qualcuno che risponde che non è lo psicoterapeuta - che farà il secondo o il terzo step, l'incontro clinico in senso stretto - ma che sia una segretaria, un infermiere, una collega...oppure può essere lo psicoterapeuta stesso. È importante però che affermiamo che la consultazione inizia lì, da questo primo contatto, e che esso è già una prima risposta, una prima forma di significazione, un primo rimbalzo che la domanda di cura compie al momento della sua formulazione. Si tratta dell' 'accoglienza', e non è cosa da poco fra umani. Non la si può dare per scontata, soprattutto quando si porta sé stessi pervasi di fragilità ad un incontro con uno sconosciuto che ci riceve in luoghi per lui familiari. Luoghi e persone che per i pazienti sono invece estranei.

A seconda delle organizzazioni, dei tempi, delle quantità di domanda, etc. questa prima interlocuzione può assumere varie forme. Ne vedremo alcune più avanti, ma è da lì che parte la consultazione, dal primo incontro dei due sistemi.

Di solito la domanda di cura non viene posta in presenza, perlopiù avviene con mezzi telefonici o comunque dispositivi che consentono una distanza e una dialettica duale. Fa parte dei vincoli attuali della tecnologia, e non solo. Chi chiama però non è detto lo faccia per sé, o solo per sé. Spesso lo fa 'a nome di', o 'con'. Considereremmo quindi riduttivo approfondire troppo quel momento duale a distanza in quanto esso potrebbe dualizzare artificialmente una molteplicità possibile e potenzialmente ricca. Con i bambini e gli adolescenti questa è praticamente la norma ma potrebbe esserlo anche più avanti nelle età della traiettoria evolutiva se diamo spazio noi per primi a questa possibilità.

Il nostro auspicio e accorgimento è quindi quello di invitare prima possibile a portare la propria domanda di cura in presenza insieme a chi sente

di essere coinvolto in essa. ‘Venga chi vuole’ è l’espressione sintetica che potrebbe essere espressa a conclusione della telefonata.<sup>6</sup>

Questa mossa può apparire azzardata e soprattutto portatrice d’incertezze. Chi verrà lunedì alle 16? Maria? Lei e suo figlio? O verrà con suo marito? E la nonna che sta in casa con il piccolo durante il giorno?

Crediamo che mettersi a questionare al telefono su chi sia rilevante che venga sia operazione da evitare per l’inattendibilità degli esiti, dovuta banalmente alla non conoscenza che il clinico ha del suo interlocutore, e quindi tanto vale prendere sul serio il fatto che fino a quel momento, e anche dopo in realtà, chi ci interpella sa meglio di noi che questione portare e chi può interpretarla al meglio. Fare diversamente, scegliere noi, determinerebbe un’aleatorietà arbitraria da parte del rispondente, per quanto sperato e attento esso sia.

Si fa in tempo poi pian piano a dividere i presenti alla seduta e a richiedere altre presenze. Accogliere è avviare un processo che può partire in molti modi, importante è che si avii in forme le più utili fra le possibili.

Perché la consultazione non è una fotografia, ma un film, che abbiamo indicato or ora quando inizia e diremo quando finisce, ma che prevede un incontro, o una serie di incontri, in un luogo e con dei tempi da negoziare fra i due sistemi.

Gli attori possono essere diversi nei diversi colloqui o all’interno dello stesso. Possiamo chiedere a due genitori di un bambino di uscire un momento per parlare con lui, o al papà che è arrivato in ritardo di entrare in scena, oppure di attendere un attimo in sala d’attesa. Ma lo si farà man mano che emergeranno ragioni per farlo dalla contingenza delle relazioni che avverranno.

Lo psicoterapeuta/il sistema clinico dovranno però avere un’avvertenza previa oltre all’allestimento del luogo e alla proposta dello spazio-tempo dell’incontro: decidere se lo psicologo sarà da solo ad accogliere gli ospiti o in compagnia, e poi, come vedremo, proporrà chi invitare del sistema clinico nel corso del tempo al dialogo e con chi, e per fare cosa.<sup>7</sup> Questa opzione di partenza va naturalmente comunicata prima a chi telefona e fa parte, una parte non secondaria, dell’allestimento dell’incontro di cui dicevamo.

---

<sup>6</sup> Questa prospettiva clinica è naturalmente integrabile, ed è possibile farlo in molti modi, con le norme giuridiche vigenti che sono, come sempre, espressive di una cultura nella quale clinico e paziente convivono.

<sup>7</sup> In assenza di informazioni su chi sarà presente al primo incontro e per ragioni legate anche all’esigenza di prevedere una figura competente come regista della consultazione e che quindi ne tenga le fila nel suo dipanarsi, alcuni di noi preferiscono proporre che il primo incontro veda la presenza di un solo clinico che può attingere ad altre opzioni al bisogno, ma naturalmente sono possibili anche altre scelte che, peraltro, attengono anche a preferenze e idiosincrasie soggettuali dei clinici stessi.

## A che serve la consultazione?

Ma a questo punto dobbiamo porci una domanda importante. Che obiettivi ha la consultazione alla luce del pensiero teorico da cui siamo partiti?

La consultazione ha due obiettivi: co-costruire una forma di cura utile per chi la richiede e possibile per entrambi i sistemi – obiettivo ‘orientativo’ - e costituire un assaggio di esperienza di cura possibile – obiettivo ‘esperienziale o trasformativo’.

A volte gli assaggi possono saziare, il più delle volte mettono più appetito. È così anche per la consultazione. È più raro, ma accade, che qualche incontro esaurisca le esigenze di cura e ci sono situazioni ove - vuoi per la significatività degli incontri in relazione alla qualità dei bisogni, vuoi per la difficoltà a darsi modo di procedere insieme – non vi è un seguito, o magari non con quel professionista o con quel sistema clinico, o in quel momento.

Nella maggior parte dei casi però le esigenze di cura permangono intrecciate con quelle che i curanti possono sostenere e ciò dà luogo ad un percorso che si sviluppa nel tempo.

È nostra convinzione che lo scopo orientativo della consultazione si concretizzi nell’individuare congiuntamente fra i due sistemi la forma migliore possibile per proseguire il processo di cura.<sup>8</sup> Qui termina la consultazione e si avvia, con gli stessi o con altri attori, il percorso terapeutico successivo.

Abbiamo usato spesso il prefisso ‘co’ o ‘con’ – già, e non per caso, presente nella parola ‘consultazione’ e crediamo sia utile dire qualche parola sull’importanza di questo prefisso.

Se abbiamo rispetto e considerazione per il soggetto, appare evidente che non lo si possa trattare come un oggetto, ovvero come qualcosa che viene conosciuto e ‘sul’ quale si decide di pronunciarsi in termini diagnostici – ne riparleremo fra poco – e di indicazioni terapeutiche. Il clinico non conosce il paziente<sup>9</sup> o la configurazione di persone che si presentano da lui e non li conoscerà fino in fondo nemmeno alla fine del più lungo e accurato percorso psicoterapeutico. Ne avrà una rappresentazione che si arricchirà e si complessificherà nel tempo, ma ciò non potrà giustificare decisioni ‘su’ di lui o ‘su’ di loro.

Questo significa forse che egli debba astenersi dal proporre, oppure sottrarsi a proposte che vengono dal sistema del paziente? Niente affatto. Sarebbe irrispettoso sia del clinico e del suo sistema che dei saperi che in

---

<sup>8</sup> Vedremo meglio in un successivo paragrafo all’interno di quale idea più generale di cura si colloca la nostra proposta.

<sup>9</sup> Michele Minolli (comunicazione personale) diceva ai pazienti, o talvolta formulava dentro di sé, nei primi incontri una frase che vogliamo qui ricordare: ‘Ho letto molti libri e ho tanta esperienza ma di te non so nulla’. Una postura doverosamente rispettosa nell’incontro con l’altro.

esso risiedono, che del paziente stesso. Ed ecco il senso del co-costruire. Processo negoziale che mette in campo rispettosamente le opzioni e le idiosincrasie delle quali i due sistemi sono portatori come sistemi viventi.

Le forme attraverso le quali i soggetti si pongono nella relazione di consultazione costituiscono il loro modo di essere insieme e ci permette di osservare ed esperire come esse si configurano nel rapporto fra i due sistemi in quello specifico spazio e tempo. Nel divenire dell'interazione di consultazione tutti i partecipanti faranno esperienza di una relazione in parte nuova dove porteranno, inevitabilmente e opportunamente, la loro esperienza di una vita, breve o lunga che sia, e così sarà anche per noi clinici naturalmente.

Ha una certa diffusione la convinzione che i primi incontri clinici servano a valutare l'altro, ovvero vi è un modo di pensare alla consultazione, che assume in questo caso nomi diversi – *assessment*, valutazione, etc. – riducendola alla sua focalizzazione sull'oggetto, il paziente – individuo o famiglia che sia.

Non ci sfugge il valore di questo approccio che consiste nel dare attenzione a chi ci porta la domanda di cura, ma riteniamo che esso vada integrato con altri tre aspetti: la pluralità di soggetti talvolta costituenti il sistema che pone una domanda di cura – una famiglia per esempio –, la parte di significazione che effettua il sistema clinico e la specificità e singolarità dell'incontro di quei due sistemi *in quel contesto*. Aggiungiamo qualche parola su questi ultimi aspetti. Nei paragrafi successivi diremo qualcosa sul primo.

Non dobbiamo sottovalutare che il primo incontro lo è anche per noi e quindi i riferimenti che abbiamo costruito nel tempo della nostra vita personale e professionale sono messi ogni volta alla prova dalla singolarità di chi incontriamo e naturalmente questo non può essere scotomizzato ma, anzi, oggetto di specifica attenzione perché è il punto di partenza della nostra esperienza dell'altro, di *quell'*altro, che si evolverà poi nel tempo.

Il nostro/i nostri interlocutore/i si porrà/nno inoltre verso di noi all'interno del significato che darà/nno a quella domanda di cura, e quindi a quel sistema verso cui si rivolgono. È vero quindi che anche in ciò esprimeranno il loro modo di essere ma dovremo fare attenzione a collocare questa informazione all'interno di quella specifica relazione, non trattando quindi il contesto di cura come un luogo osservativo neutro perché la neutralità semplicemente non è data. Se quella persona o quella famiglia venisse incontrata in un contesto di ricerca o in un ospedale o in una casa mostrerebbe aspetti in parte differenti in relazione a come significa quell'incontro.

Da un'altra prospettiva, e con un linguaggio più classico, possiamo sottolineare gli aspetti relazionali dell'incontro, e quindi il ruolo centrale della dinamica transfert/contro transfert, concepita come una trama profonda del processo tra il sistema di cura e il sistema del paziente con tutti gli intrecci duali e sovraduali spesso presenti, come detto, dinamica presente fin da subito anche nella trama degli incontri consultivi.

## Soggetti e sistemi che s'incontrano

Dobbiamo fare qui un'ulteriore esplicitazione teorica aggiungendo qualcosa a quanto già accennato: la domanda di cura, pensiamo, è una 'domanda di conferma' che contiene, implicitamente, anche un'aspettativa di disconferma'. Proviamo a spiegare meglio. La nostra postura nel mondo è sempre il portato di come siamo giunti fin lì applicato in ogni momento ad un'esperienza che in qualche misura sarà sempre nuova e vecchia. Per definizione essa sarà quindi sempre occasione di conferma e di smentita di ciò che siamo perché siamo costituiti proprio dall'autodefinizione di ciò che abbiamo imparato ad essere. La nostra identità. Se un soggetto sente di star bene non formulerà una domanda di aiuto psicologico, ma anche nelle altre sue relazioni presenti in quello o in altri momenti della sua vita, egli tenderà a leggere la sua esperienza presente alla luce di ciò che ha imparato dalla sua storia e se sentirà che questo 'funziona', se non percepirà discrepanze incolmabili, quelle che esperirà – e ce ne saranno sempre in realtà dicevamo – saranno sollecitazioni delle quali saprà tener conto per allargare la sua complessità esperienziale e la sua identità stessa quindi. L'incontro con disconferme piccole o grandi costituirà una continua sollecitazione a rivedere la propria idea di sé e del mondo. Per quanto riguarda la prima parte di questo binomio ciò costituirà quello che uno degli autori ha chiamato altrove 'apprendimento di sé' (Vanni, 2023)

Se formulerà una domanda di cura egli sarà portatore di esperienze di discontinuità che non riesce ad integrare nella sua identità, ovvero nella sua 'definizione di sé'. Il sintomo è tipicamente questo.<sup>10</sup>

Quello che porterà sulla scena della cura è quindi questa ferita, questo fallimento, questa aspettativa di conferma/disconferma, che contiene però per noi elementi informativi molto utili.

Ovviamente ogni soggetto che si presentificherà sulla scena della cura, se e come glielo consentiremo, se e come lo favoriremo o lo ostacoleremo in questo, sarà portatore di questa prospettiva e ciò che avverrà nella consultazione è il trasferirla nell'incontro con il sistema clinico.

Se pensiamo ad un soggetto singolo, una persona, egli porterà, tenderà ad attuare sulla scena clinica il suo modo di essere e questo è esattamente l'oggetto della diagnosi psicologica, come vedremo fra poco.

Nel caso di bambini o adolescenti, per esempio, ci troviamo spesso di fronte a genitori che portano in consultazione il loro 'figlio rotto': un bambino o un adolescente da aggiustare, e in quel caso lo scopo della consulta-

---

<sup>10</sup> Ci pare di poter dire che lo sia anche in ambito medico, e non vi è nulla di strano perché parliamo unitariamente di soggetto la cui parte biologica funziona in base a principi generali che valgono anche per la parte 'mentale', per usare questa distinzione dualistica ormai desueta.



zione diventa anche il 'significare' quell'esperienza di rottura all'interno del funzionamento familiare.

Il disagio del bambino o dell'adolescente può rappresentare il sintomo di un disagio che va ben oltre il soggetto stesso e può essere l'espressione dell'identificazione del figlio con aspetti inconsci, dolorosi, traumatizzati e mai elaborati dei genitori. In un certo senso, è come se i genitori ci chiedessero talvolta di essere curati attraverso i loro figli.

La trama di queste dinamiche mette in evidenza come vi siano differenze nei modi di stare entro una famiglia o una coppia che porta una domanda di cura e come quindi le strade terapeutiche che faranno da esito della consultazione possano essere molto varie. Queste trame hanno costituito fin lì un equilibrio che oggi viene portato nell'incontro di consultazione e che quindi riceverà da esso una sollecitazione. Questa è nostra responsabilità.

È però il caso di sottolineare come il terapeuta ed il sistema clinico tutto vengano investiti da questa qualità della domanda. Anche i professionisti che compongono il sistema clinico sono infatti dei soggetti che hanno una storia personale che, come abbiamo ricordato nella prima parte di questo scritto, si è poi arricchita ed integrata con i saperi e le esperienze formative ma che sopravvive e spinge a sua volta per trovare nella terapia come nella vita occasioni di conferma, anche con quel paziente, anche con quella famiglia, anche con quella coppia. Ecco che allora ciò che l'incontro con quei pazienti produrrà nel clinico e nel suo sistema diverrà molto interessante non già perché immesso in lui/lei dal paziente ma perché riflesso esperienziale personale di ciò che quel paziente/famiglia/coppia produce in lui/lei clinico. Diviene quindi molto ricco poter sostare su queste sollecitazioni vissute fin dalla consultazione perché già dalla consultazione la densità del mondo interno della configurazione relazionale che condivide con noi quello spaziotempo ci chiederanno complementarietà e dunque conferma/disconferma.

Essere presenti a questo sentire è moltissimo e ci aiuterà a stare nella forma di relazione possibile anche per noi e a mettere in campo opzioni terapeutiche utili.

### La psicodiagnosi: una brutta parola?<sup>11</sup>

Farsi un'idea di ciò che esperiamo è una delle forme che gli umani hanno per reperire ordine nel caos dell'incertezza. Lo fanno continuamente e lo fanno anche nella loro attività clinica quando sono dei professionisti della cura. La diagnosi psicologica non è che l'organizzazione di questa attitudine. Essa viene orientata da saperi, da teorie, e prodotta per mezzo di

---

<sup>11</sup> La frase allude ad una famosa espressione di Nancy Mc Williams (1994).

tecniche che a volte sono anche molto raffinate e specifiche. In molti casi esse sono finalizzate a collocare quello specifico soggetto all'interno di un range di popolazione per quanto riguarda alcuni parametri (per esempio l'apprendimento o l'ansia). Pur comprendendo l'utilità sociale di questa forma di diagnosi essa non è da collocarsi al centro dell'idea di consultazione che proponiamo giacché ciò che c'interessa è accompagnare il soggetto ad un contatto con il suo specifico modo di essere in quel momento e dunque c'interessa la singolarità e non già la relazione di essa con la popolazione generale. Questa singolarità però richiede anch'essa un pensiero poiché è anche in base al pensiero – un pensiero che si nutre ed integra emozioni e azioni – che ci costruiremo di quel soggetto che potremo confrontarlo con sé. Gli strumenti 'diagnostici' che c'interesseranno maggiormente, o se volete l'uso che faremo preferenzialmente degli strumenti diagnostici – in senso ampio, dal colloquio ai test, all'uso di materiali di gioco, etc. – sarà quindi orientato dalla loro funzione 'euristica', ovvero dalla capacità che avranno di facilitare un'espressione di sé e un avvicinamento a sé<sup>12</sup> da parte nostra e del soggetto che avremo in stanza con noi.

La diagnosi, quindi, è la progressiva messa a fuoco del modo di essere di un soggetto all'interno di una relazione di cura e a premessa e oggetto della futura relazione di cura stessa. Questo 'modo di essere', nelle sue forme più stabili nel tempo, viene espresso dagli psicologi con la parola 'personalità' e dunque gli stili di personalità sono da intendersi come macrocategorie che contengono le forme specifiche di quel soggetto singolare nel divenire dell'esperienza relazionale.

### Configurazioni soggettuali più o meno stabili

Se allarghiamo adesso il campo al mondo familiare o comunque prossimale del nostro soggetto in cura (la relazione di coppia o quella con la propria amica del cuore o con la propria madre per esempio) vedremo che in queste relazioni si attua una complementarità delle configurazioni soggettuali. L'altro, ipotizziamo, è sufficientemente confermate il nostro modo di essere. Non potrà mai esserlo del tutto, non sarebbe una relazione fra viventi, ma se lo fosse troppo poco ci sentiremmo molto più minacciati che confermati, o forse semplicemente indifferenti, e difficilmente, crediamo, manterremmo in essere quella relazione. Chi cresce all'interno di relazioni soggettualmente importanti (i bambini, gli adolescenti...) farà una continua operazione di apprendimento per collocare attivamente ciò che man mano

---

<sup>12</sup> Come abbiamo accennato poc'anzi la consultazione psicologica ha anche un obiettivo esperienziale e dunque, pur in forma contenuta e di assaggio, trasformativa.

diviene all'interno di quel contesto familiare e poi scolastico, amicale, etc

Ciò che quindi una famiglia ci porterà sulla scena della cura sarà proprio questo equilibrio di forme dei diversi modi di essere ove ognuno porterà la sua esperienza nello starci, e ciò che ogni soggetto tenderà a fare è attuare una propria cultura affettiva che, se sono da noi, presenta qualche discontinuità che sente non facilmente integrabile.

Diviene quindi importante e utile dare al soggetto/ai soggetti richiedente/i cura un'opportunità ulteriore fra quelle che la vita gli ha proposto per entrare in contatto e ricollocare la propria esperienza ricomponendo le fratture, riconnettendo le discontinuità, riunendo le alterità interne in una forma differente da quanto storicamente acquisito.

Qui dobbiamo aggiungere un altro tassello teorico che riguarda ancora una volta la teoria del soggetto e, in una certa misura, l'etica della cura. La nostra funzione di terapeuti non consiste nel ripristinare un funzionamento più vicino alla norma (statistica o sociale) né nel facilitare un adeguamento alla domanda del contesto (sociale, scolastico, familiare) ma per fornire un'opportunità di migliore presenza a sé del soggetto/dei soggetti in cura. Potremmo dire che qualsiasi configurazione di personalità, qualsiasi forma il soggetto abbia realizzato per stare nel mondo merita rispetto perché è la sua, è ciò che di meglio è riuscito a fare, e se è lì da noi possiamo, se vuole, aiutarlo a confrontarsi con uno sguardo altro che lo metta meglio in contatto con ciò che esperisce nella sua vita che, in questo momento, costituisce una discontinuità che egli non riesce a gestire, a digerire, ad integrare. È questa discontinuità - ciò che leggiamo dell'esperienza che viviamo - che oggi in parte sembra non funzionare e non riusciamo a far evolvere perché ancorati alla nostra identità storica, che ci fa problema e ci porta in consultazione. Ed è la consultazione l'avvio, l'assaggio, l'indirizzarsi verso questa migliore qualità della presenza a sé stessi che potrà essere perseguita poi dopo nella terapia e nella vita.

Va da sé che questa visione non normativa valga anche per le configurazioni familiari, di coppia, etc giacché altrimenti porteremmo nella cura un'ortopedia sociale e non già un'istanza di libertà.

L'oggi diventa quindi un'opportunità nuova e unica e noi siamo, come sistema clinico, parte di questa opportunità con la funzione di osservatore/restitutore di ciò che il soggetto o la configurazione sovrasoggettuale mettono in campo con noi come rappresentativo di ciò che è/sono nel suo/loro mondo.

Come è ben comprensibile, crediamo, da quanto fin qui raccontato, ciò che i soggetti, singoli o all'interno di una configurazione relazionale, portano sulla scena della consultazione psicologica è quantomai imprevedibile prima dell'incontro e si articolerà ulteriormente nel procedere degli incontri, ma ci fornirà, e fornirà loro, man mano materiale per cogliere e proporre esperienze e pensieri sul modo di essere dei soggetti che sono lì con noi e sulle complementarietà e discontinuità fra gli stessi.

Ciò che avviene se ci poniamo in questa forma di ascolto è che ognuno degli attori in campo si disporrà verso la cura che man mano sta assaggiando. Terapeuti compresi.

Un altro principio al quale ci ispiriamo, e che proponiamo, è che nessuno va escluso fra chi chiede cura, si tratta di vedere insieme in che forme dare risposta ad essa, non di scegliere chi ha bisogno e chi no. Ancora una volta sarebbe presuntuoso e irrispettoso.

L'esito della consultazione è proprio questo. È individuare congiuntamente le forme che sono possibili e utili per i diversi soggetti presenti sulla scena per avviare il loro percorso di presenza a sé. Compreso il sistema clinico che non è onnipotentemente dotato di ogni skill, ma che può disporre di alcune opportunità o orientare verso altre presenti nel sistema più ampio di cui fa parte. La consapevolezza di essere parte di un sistema di welfare che è parte di un sistema sociale e di una cultura ci orienterà a costruire in anticipo e a mantenere relazioni di collaborazione anche al di fuori del sistema clinico in senso stretto di cui facciamo parte e che, ai fini della specifica situazione – quel paziente, quella famiglia – coordiniamo.

Tornando alla diagnosi psicologica quello che proponiamo di pensare è che le focalizzazioni diagnostiche settoriali e specifiche – quelle psicologiche relative a funzioni come apprendimento o ansia, ma anche quelle mediche relative ad aspetti della corporeità come malattie o disabilità – vadano collocate all'interno di una rappresentazione del 'soggetto relazionale' che costituisce quindi il focus centrale della consultazione e che, in molti casi, si presentifica nella consultazione psicologica stessa unitamente ad altri soggetti reciprocamente significativi che portano e propongono nel qui ed ora dell'incontro con quel sistema clinico le loro forme dell'esistere fornendoci quindi un materiale tanto ricco e prezioso per comprendere, quanto delicato da trattare.

### Criteri per la proposta di assetto terapeutico: l'agibilità

Ma quali criteri ulteriori possiamo utilizzare per pensare agli assetti di cura successivi da proporre ai nostri pazienti? La domanda è importante e densa. È una domanda che ci guida, spesso in forme implicite, nel nostro proporre e che invece merita una maggiore esplicitazione che proviamo qui ad avviare. Il lavoro con i bambini e gli adolescenti e con le loro famiglie, forse più di altri, ci aiuta a considerare una variabile come centrale, ovvero si tratta dell'agibilità'. Potremmo dire, ad un estremo, che un soggetto sia portatore di una agibilità ad occuparsi proficuamente di sé o all'altro estremo, che invece questa possibilità sia pressoché assente o irrintracciabile in quel momento della sua vita e nel rapporto con noi. L'autonomia del soggetto è evidentemente una questione chiave: laddove l'altro è così rilevante nella vita quotidiana del paziente, come per esempio accade di solito nei

bambini versus i genitori, appare evidente che lo spazio di agibilità psicologica che il bambino può esercitare è ridotta e ciò consiglia una partecipazione al processo terapeutico – in varie forme possibili – di quelle figure che sono così determinanti.

Naturalmente questa rilevanza riguarda anche la possibilità stessa di partecipare ad un processo terapeutico che, qualora ad esempio non condiviso dalle figure di riferimento, potrebbe risultare non fattibile o addirittura non presentabile nemmeno come domanda di cura – salvo esprimersi in forme sintomatiche naturalmente.

Questo criterio, evidente in infanzia e adolescenza, è in realtà presente anche successivamente se pensiamo alla agibilità nell'introduzione di un terzo con funzioni terapeutiche all'interno di una coppia o di una famiglia, in qualsiasi forma essa avvenga, e della rilevanza fantasmatica di costui nella dinamica relazionale. Non si tratta quindi di una dipendenza concreta ma psicologica che salda e stabilizza l'esistente rendendo il terzo minaccia anziché opportunità.

Nella consultazione quindi sarà necessario esplorare le possibilità di sviluppo del percorso terapeutico in una direzione piuttosto che in un'altra arrivando poi ad un esito che è quello possibile per il sistema clinico e per i suoi interlocutori e che potrebbe anche essere non coincidente con l'assetto auspicato dai clinici stessi ma possibile invece, al momento, per i pazienti o per alcuni di loro.

### La consultazione con bambini e adolescenti: alcuni aspetti specifici

Dobbiamo specificare meglio alcuni aspetti del processo di consultazione con bambini e adolescenti, che prevede almeno un grande tema: il bambino presume un adulto che lo abbia messo al mondo (Badoni, 2013): il bambino ha bisogno della presenza dei genitori non solo per la sicurezza del vivere, ma come garanzia di crescita e sviluppo mentale.

Da questo concetto emerge un'ulteriore evidenza: stante l'incompiutezza<sup>13</sup> del bambino il lavoro con lui presume che la mente del terapeuta ospiti una dimensione gruppale: non si tratta solo di fantasmi, ma di vere presenze, con un potente impatto sullo sviluppo mentale del bambino stesso.

Aspetto-chiave della consultazione con un bambino è quindi la considerazione della capacità da parte dei genitori di tollerare l'intervento stesso con il bambino, come poc'anzi accennato.

---

<sup>13</sup> Il soggetto vivente è sempre incompiuto ma qui si fa riferimento ad una forma di legame bambino-caregiver che appare particolarmente radicale e che nella letteratura etologica viene denominata anche come 'neotenia' (Bolk, 1926).

Come si può entrare nella «casa familiare», noi altri adulti, senza intrudere, senza giudicare e d'altra parte senza essere considerati semplicemente ospiti?

L'imprescindibile ruolo dell'adulto, dei genitori, è fortemente sottolineato in tutta l'opera di Vallino, per esempio: «Non solo non possiamo negare che la famiglia e l'ambiente abbiano un'influenza sullo sviluppo sano e patologico del figlio, ma neanche possiamo idealizzare le trasformazioni che un bambino può fare con il solo aiuto del terapeuta» (Vallino, 2013).

Lo sviluppo mentale del bambino è quindi funzione della matrice relazionale: una delle conseguenze è che la posizione dei genitori e del contesto di vita del minore acquistano una particolare rilevanza all'interno del percorso della consultazione. Questo non comporta che l'unico intervento possibile siano sedute condivise genitori-bambino e tanto meno che non ci siano sedute individuali per il bambino: comporta che si configuri come imprescindibile un lavoro con e attraverso le figure significative del suo contesto di vita.

Quanto detto può in gran parte essere riportato anche nella consultazione con gli adolescenti naturalmente ma assume in infanzia una particolare radicalità.

### Un breve esempio clinico: la famiglia A

Beppe e Carla sono i coniugi, entrambi operanti nel mondo della cura e dell'educazione, che presentano la loro richiesta – è Beppe che telefona al Consultorio di Progetto Sum – spiegando che sono genitori di due figli di tredici e quattordici anni (Dario e Franco) e di una bimba di sette anni, Giada, e che uno dei due maschi, Dario, non sta bene e crea problemi in casa.

La richiesta viene ricevuta dallo psicoterapeuta Hans che l'accoglie telefonicamente<sup>14</sup> e presentata in équipe ove essa viene accolta da un altro psicoterapeuta, Italo, che chiama il papà e gli propone un appuntamento con chi quest'ultimo ritiene opportuno partecipi ad esso.

Beppe e Carla si presentano con il figlio Dario del quale lamentano le intemperanze domestiche consistenti nella scarsa disponibilità ad aiutare in casa, in un certo disordine della sua stanza, e nell'aver avuto all'inizio dell'anno scolastico difficoltà nella nuova scuola secondaria frequentata. I genitori raccontano di aver poi rapidamente effettuato il trasferimento ad un'altra scuola, quella frequentata dal fratello maggiore, dove le cose stanno andando bene.

---

<sup>14</sup> Nel successivo capitolo 14 verrà meglio illustrato il processo di consultazione in Progetto Sum anche nei suoi aspetti clinico-organizzativi.

La domanda appare subito particolare al clinico Italo sia perché il problema scolastico appare risolto, sia perché le criticità casalinghe appaiono davvero fisiologiche in adolescenza soprattutto agli occhi di due genitori ‘addetti ai lavori’ che appaiono inoltre attenti e capaci sul piano educativo. Italo si prende uno spazio di dialogo con Dario che non fa emergere criticità particolari se non la testimonianza di un periodo di conflitto fra i genitori del quale Dario stesso appare dispiaciuto. Nella parte finale del primo colloquio, al rientro dei genitori in stanza e a fronte di una posizione in qualche modo interrogativa e aperta del clinico, il papà Beppe racconta che vi è stata nella sua vita personale, circa un anno fa, una fase di crisi legata a sue tematiche pregresse, che egli ha affrontato con una psicoterapia individuale, oggi conclusa, e con farmaci e che questo ha prodotto alcuni disagi familiari. Il terapeuta propone uno scenario aperto per il successivo colloquio che prevede l’opportunità di includere anche gli altri due figli nella consultazione ma anche di pensare ad uno spazio singolo per i due coniugi. Si opta per un prossimo incontro di tutta la famiglia ove emerge sia il permanere di una difficoltà fra i coniugi nella gestione dei figli e nel loro sostenersi nelle loro vicissitudini di vita – Beppe in ordine alla sua crisi, Carla nella gestione quotidiana di una vita familiare complessa.

Le criticità relative a Dario vengono condivise anche in parte dal fratello Franco e viene riferito che Giada ha iniziato con qualche difficoltà la primaria e che le maestre hanno segnalato ai genitori l’opportunità di una valutazione specialistica sugli apprendimenti e l’attenzione.

Nei colloqui individuali con Beppe e Carla emerge una difficoltà e un disagio che riguarda, da tempo ma con un acutizzarsi dal momento della crisi di Beppe, la relazione di coppia sia sul versante relazionale che della funzione educativa e, per Beppe, una sensazione di non essersi sentito capito e appoggiato, per Carla di essere stata ‘tradita’ dalla crisi del marito che è risultata per lei un fulmine a ciel sereno, una perdita di un riferimento stabile.

Dopo questo processo, e al ripresentarsi dei coniugi congiuntamente in seduta, l’esigenza di approfondire questo aspetto duale è emersa con chiarezza in parallelo all’allontanarsi delle criticità filiali.

Italo porta nuovamente in équipe la situazione con l’ipotesi di un percorso di psicoterapia di coppia che viene accolto da una collega, Laura, viene proposto ai coniugi A con loro gradimento e ad oggi è un percorso in atto da alcuni mesi.

Giada attende un appuntamento dal servizio di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza dell’ASL locale.

La situazione proposta, nella sinteticità espositiva necessaria e nel rispetto della privacy da tutelare, mostra però con chiarezza diversi aspetti: la domanda di cura viene fatta portando un problema di un figlio e la consultazione conduce ad un esito che riguarda la coppia genitoriale. Il processo, durato in tutto un paio di mesi con sette incontri in totale, ha con-

sentito di attivare la presenza partecipata di tutti i componenti che si sono mossi significando ciascuno le azioni proprie e degli altri e quindi la cornice consultiva ha consentito di tenere dentro tutti in un processo comune ma con forme specifiche negoziate per ognuno. Il terapeuta ha progressivamente messo a fuoco sia le forme di funzionamento psicologico di ognuno – a diversi livelli di comprensione e approfondimento necessario – sia le complementarità/discontinuità reciproche favorendo l'emergere di una direzione della cura che partisse da ciò che era più rilevante e fattibile per loro: il tema coniugale che non era stato possibile portare in prima istanza. Per Italo l'équipe ha costituito sia il luogo dove ha ascoltato la presentazione della domanda di cura che il luogo dove ha potuto portare l'evolversi del processo che, infine, il luogo dove è stata condivisa la proposta di esito della consultazione nonché il suo sbocco operativo con un'altra terapeuta, Laura, appartenente allo stesso sistema clinico, cosa che ha favorito la compliance dei due coniugi che si sono sentiti accolti e seguiti, certo, da uno psicoterapeuta – e prima ascoltati telefonicamente da un altro – ma che poi hanno sentito che potevano affidarsi ad un terzo che faceva parte del sistema clinico con il quale oramai avevano preso confidenza e fiducia e che rispondeva alle loro, adesso più chiare, esigenze di cura come coppia.

Si potrebbe aggiungere, per completezza ma anche per evidenziarne l'importanza, che questa situazione è stata portata da Italo, in fase intermedia della consultazione, all'interno di un gruppo d'intervisione fra psicoterapeuti che si occupano di bambini, adolescenti e famiglie con indubbia utilità per la messa a fuoco delle forme della presenza di Italo verso sé stesso e nel suo operare clinico.

## Il processo consultivo e la consultazione come postura permanente

Siamo adesso in grado di comprendere meglio il processo consultivo che segue l'incontro telefonico e l'avvio di quello in presenza perché il posizionamento reciproco degli attori in campo, appartenenti ai due sistemi, li indurrà ad azioni che, per quanto riguarda il sistema clinico, saranno ispirate alle esigenze che abbiamo descritto, che sono di esplorazione di esperienze che favoriscano forme di accostamento, di contatto con sé.

Se quindi la posizione che suggeriamo *ab initio* è una posizione di accoglimento aperto a chi e come vuole essere presente sulla scena della cura psicologica, nel procedere degli incontri, ma anche già nel corso del primo di essi, il clinico e il suo sistema possono proporre e indicare azioni di vario genere divenendo quindi più attivi, per così dire, sulla base di ciò che man mano comprenderanno-sentiranno che sta accadendo.

La consultazione si configura quindi come uno spazio tempo di natura esplorativa che introduce assetti relazionali del tutto provvisori – uno spazio



di ascolto per un adolescente, un incontro con la coppia dei genitori e/o con ciascuno di essi, magari anche con la coordinatrice della classe scolastica – che forniscono, a noi e alle persone in cura, esperienze relazionali e sguardi restitutivi all'interno di quell'assetto ma che costituiscono altresì assaggi di possibili configurazioni più stabili future.

Stiamo naturalmente descrivendo situazioni ad alta complessità ma è ben presente nella consultazione la possibilità di accogliere un singolo soggetto che porta da sé un'esigenza di cura e dove le forme del percorso terapeutico che vengono negoziate nella consultazione riguardano aspetti del setting come la frequenza degli incontri, l'orario, l'onorario, e poco altro, questioni comunque presenti anche nelle consultazioni più complesse ovviamente. In età adulta questo tipo di domande di cura sono molto frequenti e naturalmente possono non richiedere alcun allargamento degli attori in campo al di là della coppia terapeutica e talvolta momenti di intervizione o supervisione che coinvolgono il terapeuta.

Va però anche detto che la consultazione, oltre ad essere il nome che diamo alla fase iniziale dell'incontro di cura – così l'abbiamo presentata finora – è anche una prospettiva, una postura, che può e, a nostro parere, deve accompagnare il sistema clinico, anche nel corso della cura successiva giacché le esigenze che il soggetto o i sistemi in cura porteranno nel tempo possono evolvere e consigliare evoluzioni anche delle forme di trattamento.

L'aver convenuto un assetto di cura ed un setting specifico a seguito della consultazione consente di trattare le esigenze di introdurre cambiamenti alla luce di una contrattualità condivisa e del suo significato per tutti i partecipanti al processo e dunque di valutare il da farsi avendo a mente il senso e il valore di quanto precedentemente concordato. Nulla è dunque intoccabile o perenne ma tutto, in fase di psicoterapia, è da produrre alla luce di una storia comune. Non così nella consultazione dove invece le scelte di attori, tempi, forme è caratterizzata da reversibilità e sperimentaltà esplicita.

### L'équipe come rete

Se è importante salvaguardare la privatezza della relazione duale sia nella consultazione che nel successivo trattamento psicoterapeutico individuale credo sia utile considerare l'importanza di un gruppo di colleghi – uso qui l'espressione in senso ampio – con i quali condividere sia il percorso di cura - penso qui a supervisioni, intervizioni, discussioni in équipe – che eventuali esigenze di consulenza circoscritta o di allargamento o redirezionamento del percorso terapeutico.

Anche il paziente adulto individuale sente e vede se il terapeuta è dentro ad un sistema e come ci sta. Lo vede spesso anche dalla configurazione del

luogo, dal sito internet, da mezze frasi nel corridoio con i colleghi e ancora una volta la dimensione microsociale torna come presenza non estranea nel percorso di cura anche più duale e privato. Ciò non significa affatto sostenere la condivisione di pensieri sui pazienti in forme indiscriminate all'interno dell'équipe. La privatezza è importante per il paziente e lo è anche per il terapeuta. L'équipe può quindi essere una presenza relativamente muta e sorda ma che, se serve, può diventare parlante.

Questo richiede ovviamente una cura previa dei sistemi di cura sulla quale non ci soffermeremo ma che non s'improvvisa. Essa va invece prevista e mantenuta nel tempo come parte integrante del sistema clinico ed elemento imprescindibile di qualità di esso.

## La formazione alla clinica psicologica e alla psicoterapia

Le forme più diffuse di curricula formativi alla psicoterapia all'interno delle scuole di specializzazione non sembrano dare il giusto peso alle considerazioni fin qui espresse. Abitualmente la formazione proposta riguarda un assetto terapeutico – individuale, familiare, gruppale – o talvolta alcuni di essi e magari spazi dedicati alla diagnostica – spesso intesa in senso testistico – ma si dedica pochissimo spazio a ciò che viene prima e che interroga da subito il neoterapeuta: quale assetto di cura sarebbe più adatto a costoro/costui che ho davanti? Quali di essi sono in grado di avviare e chi può invece fare bene altre cose? Ma soprattutto, in base a quali criteri e con quali processi arrivare a dare risposta a queste domande? Naturalmente nella peggiore delle ipotesi queste domande non vengono nemmeno formulate e semplicemente si darà corso con quel paziente a ciò che si è capaci o propensi a fare, ma per fortuna sempre più spesso non è così e quindi vi è un'esigenza di sviluppare le proprie competenze sia con altri assetti terapeutici che di interrogarsi sui criteri ed i processi di lettura della domanda di cura e di orientamento che sono il focus della consultazione psicologica nell'accezione che qui ne stiamo dando.

Questo *vulnus*, beninteso, è decisamente meno presente o talvolta assente nelle scuole di specializzazione che hanno come target clinico bambini, adolescenti o situazioni di gravità in età adulta dove la clinica da tempo ha posto l'esigenza di organizzare risposte di cura che comprendano più soggetti, come ampiamente descritto anche in questo scritto, ma non sempre, ci sembra, anche in questi casi il pensiero sui criteri che orientano la co-costruzione dell'assetto di cura è abbastanza sviluppato o talvolta esplicitato. In pochi ambiti clinici come nella consultazione si è in presenza di stereotipie professionali che guidano l'azione e che solo molto faticosamente vengono messe in discussione. Appare evidente come questo fattore incida in modo importante su fenomeni come lo shopping terapeutico o i drop out in fase iniziale d'intervento.

Sarebbe invece davvero importante che nella formazione alla clinica trovasse uno spazio adeguato la messa a fuoco di un pensiero e di strumentazioni tecniche su quella parte del processo di cura che va dall'arrivo della domanda di cura alla definizione, magari provvisoria ma comunque più stabile, del processo terapeutico. Cioè alla 'consultazione psicologica'. Questa maggiore rilevanza dovrebbe essere presente sia nella formazione prelaurea che in quella specialistica che nel lavoro di supervisione e intervizione che accompagna per lungo tempo, per non dire per sempre, il nostro lavoro clinico.

### Un esempio di organizzazione della clinica psicologica: l'accoglienza e la consultazione in 'Progetto Sum'

Già nell'esemplificazione clinica proposta poc' anzi è emerso un soggetto organizzativo, Progetto Sum ETS, che fa da contenitore all'attività clinica di uno degli autori di questo scritto e che può essere utile illustrare meglio qui perché costituisce una delle declinazioni operative possibili del modello proposto, naturalmente non l'unica e non necessariamente quella ottimale ma utile a concretizzare ciò che abbiamo esposto fin qui sul piano dell'organizzazione del sistema clinico in modo più generale e astratto.

Progetto Sum, nel suo consultorio<sup>15</sup> di Parma, ha un'organizzazione dell'accesso che prevede che una buona parte dei suoi psicoterapeuti (al momento il gruppo che opera nella stessa sede è formato da quattordici persone: undici psicologi psicoterapeuti e tre medici psicoterapeuti dei quali uno psichiatra e una NPJA<sup>16</sup>) gestisca un cellulare attivo dodici ore dal lunedì al venerdì e il sabato mattina. Alle chiamate lo psicoterapeuta accoglie la domanda e raccoglie una serie di elementi clinici e organizzativi (fra questi ultimi in particolare le disponibilità orarie, info sulla parte tariffaria,<sup>17</sup> etc.) che riporta nell'équipe del venerdì mattina. Il gruppo la discute e ove possibile un clinico si candida per la consultazione della quale curerà la regia.

I luoghi ulteriori di condivisione interpersonale sono costituiti, oltre che

---

<sup>15</sup> È evidente già nella scelta del nome 'consultorio' la coerenza fra il contenitore e il contenuto, ovvero il pensiero e la pratica di un luogo ove avvengono relazioni di *care* all'insegna della compartecipazione orizzontale – fra professionisti – e verticale – fra professionisti/organizzazione e soggetti/pazienti – che fa dell'universalità dei destinatari della cura – e dunque dell'abbattimento delle barriere all'accessibilità – con tariffe commisurate alla capacità contributiva dei pazienti – ma anche del tema della sostenibilità – economica ma anche psicologica – i suoi elementi etico-culturali di fondo.

<sup>16</sup> Partecipante all'équipe ma operante all'esterno.

<sup>17</sup> Il nostro sistema di tariffazione prevede, in linea di massima, fasce determinate in base all'ISEE. Per maggiori info e per una conoscenza più approfondita del progetto si veda [www.progettosum.org](http://www.progettosum.org)

dai luoghi informali – la lounge e il corridoio per esempio – dalla stessa équipe settimanale che è ambito di discussione di situazioni in carico e di riorientamento dopo la consultazione – come accaduto nel caso della famiglia A, o il gruppo d'intervisione BAF (Bambini-Adolescenti-Famiglie) che è costituito in parte da colleghi esterni a Sum, o un gruppo intervizione mensile online con altri colleghi della rete Sumus – la rete delle altre città che ospitano consultori di Progetto Sum (Reggio Emilia, Torino, Pavia, Lecco, Cuneo, Fidenza-Salsomaggiore Terme- Collecchio), oppure ancora l'équipe Extra Large che una volta al mese arricchisce la nostra équipe con colleghi – in gran parte psicoterapeuti ma anche alcuni medici psichiatri, ginecologi, mediatori familiari, nutrizionisti – che operano nei loro studi a Parma ma alle condizioni etiche di Progetto Sum e che sono i destinatari delle situazioni che, per competenze cliniche e/o per indisponibilità del gruppo indoor, vengono loro mandate dopo la presentazione e discussione in équipe.

Qualche volta accade anche che i destinatari siano colleghi della Rete per la Psicoterapia Sociale<sup>18</sup> che, sul territorio di Parma, offrono attività clinica all'insegna della qualità sostenibile come Progetto Sum, pur con alcune differenze teorico-cliniche, organizzative ed economiche.

Il processo di consultazione si sviluppa quindi nelle forme che abbiamo potuto qui condividere in una logica che valorizza la singolarità dell'incontro terapeuta-paziente (o 'sistema richiedente cura-sistema clinico') all'interno di una specularità organizzazione-contesto di vita nella quale siamo immersi, per tornare all'esergo di Sergio Manghi, noi soggetti in questo mondo, con le diverse funzioni che svolgiamo in esso.

È chiaro qui come la visione teorico clinica che abbiamo provato a raccontare in questo scritto trova la sua declinazione operativa in forme organizzative con essa coerenti che quindi, per citare i riferimenti maggiori, considera i soggetti in modo unitario, relazionale, situato in luoghi e tempi specifici sui quali incide e dai quali è inciso.

#### BIBLIOGRAFIA

- Adamo S.M. (a cura di) (2000). Un breve viaggio nella propria mente, consultazioni psicoanalitiche con adolescenti. Liguori, Napoli.
- Badoni M. (2013). Le tante declinazioni della psicoanalisi infantile. Disponibile presso: [www.spiweb.it](http://www.spiweb.it).
- Bolk L. (1926). Il problema dell'ominazione. Derive Approdi, Roma, 2006.
- Charmet G.P. (2000). I nuovi adolescenti. Cortina, Milano.
- Lancini M. (2007). Genitori e psicologo: madri e padri di adolescenti in consultazione. FrancoAngeli, Milano.

---

<sup>18</sup> Per approfondimenti [www.retepsicoterapiasociale.it](http://www.retepsicoterapiasociale.it)

- Lancini M., Cirillo L., Scodreggio T., Zanella T. (2020) *L'adolescente: psicopatologia e psicoterapia evolutiva*. Cortina, Milano.
- Lingiardi V. (2018). *Diagnosi e destino*. Einaudi, Torino.
- Mc Williams N. (1994). *La diagnosi psicoanalitica: struttura della personalità e processo clinico*. Astrolabio, Roma, 1999.
- Morin E. (1983). *Il metodo: ordine, disordine, organizzazione*. Feltrinelli, Milano, 1994.
- Minolli M. (2015) *Essere e divenire, la sofferenza dell'individualismo*. FrancoAngeli, Milano.
- Neri, C. (2017). *La consultazione partecipata*. In: F. Borgogno, G. Maggioni, a cura di, *Una mente a più voci. Sulla vita e sull'opera di Dina Vallino*. Mimesis Edizioni, Milano.
- Sala A. (2019). *Psicoterapia Psicoanalitica per l'età evolutiva*. Mimesis, Milano-Udine.
- Seikkula J (2021). Dialogo Aperto: un nuovo approccio psicoterapeutico e orientato ai diritti umani per costruire servizi psichiatrici umanistici. *Ricerca Psicoanalitica* 32(3), 565-582. <https://doi.org/10.4081/rp.2021.529>
- Vallino D. (2009). *Fare psicoanalisi con genitori e bambini*. Borla, Roma.
- Vallino D. (2013). *Incontrare l'inconscio di bambini e genitori con il gioco e con l'osservazione: Proposte della consultazione partecipata prolungata*. *Quaderni del Centro Milanese di Psicoanalisi* 1, 24-29. Disponibile presso: <http://www.cmpspiweb.it/publicazioni/quadernionline.asp>
- Vanni F. (2015). *La consultazione psicologica con l'adolescente*. FrancoAngeli, Milano.
- Vanni F. (2023). *Presence and Self-learning: an evolutionary hypothesis*. In: F. Irtelli, a cura di, *Happiness - Biopsychosocial and Anthropological Perspectives*. Intech Open Editore, 2023.

---

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 21 giugno 2024.

Accettato: 23 agosto 2024.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

*Ricerca Psicoanalitica* 2024; XXXV:936

doi:10.4081/rp.2024.936

*This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.*



## Comment

Linda Alfieri,\* Mariacarmela Abbruzzese,\*\* Enrico Vincenti\*\*\*

**ABSTRACT.** – The article *Psychological consultation as a transformative first clinical experience* by Fabio Vanni and Silvia Bertoli explores the importance of the psychological consultation as an initial encounter between therapist and patient, unique and personalised with transformative potential. The authors pose crucial questions on how to welcome the individual's singularity, the suffering they bring and, at the same time, articulate a personalised and relational rather than protocol-based treatment proposal. The importance of the mutual presence of those involved is emphasised and how this can lead to a co-construction of care strategies. The consultation is not only an opportunity for the suffering individual, but also a moment of reflection for the therapist, leading to a shared and personalised experience. While appreciating the effort and originality of the two authors' proposal, one wonders whether and to what extent considering consultation as a transformative experience, puts the relationship at the centre, obscuring and losing sight of the subject and the possibility he/she has of accepting his/her suffering as a specific element of the life process and as an opportunity to be present to him/herself.

*Key words:* consultation, interaction, subject, presence.

The article “Psychological consultation as a transformative first clinical experience” by Fabio Vanni and Silvia Bertoli, which we shall be commenting on, undoubtedly provides food for thought on issues that have constant-

---

\*Psychologist, Psychotherapist, Psychoanalyst SIPRe-IFPS; Founding member of the Group and Family Perspective Area; Member of ‘IL PRUNO Centro Studi Famiglia e Gruppo’; Lecturer in Clinical Practice at the School of Specialisation in Psychoanalysis of Relationships (SIPRe), Italy. E-mail: linda.alf@gmail.com

\*\*Psychologist, Psychotherapist, Psychoanalyst SIPRe-IFPS; Founding member of the Group and Family Perspective Area; Member of ‘IL PRUNO Centro Studi Famiglia e Gruppo’; Lecturer in Clinical Practice at the School of Specialisation in Psychoanalysis of Relationships (SIPRe), Italy. E-mail: abbruzzesemarc@gmail.com

\*\*\*Psychologist, Psychotherapist, Psychoanalyst, SIPRe-IFPS Supervisor; Supervisor in Group and Family Relationship Psychoanalysis. Member of ‘IL PRUNO Centro Studi Famiglia e Gruppo’; Lecturer in Clinical Psychoanalysis at the Specialisation in Psychoanalysis of Relationships (SIPRe), Italy. E-mail: evince57@gmail.com

ly been considered regarding therapy and our meetings with individual patients.

How do I welcome that individual who is knocking at my door? How do I articulate a care proposal to examine that specific individual and the specific question he is addressing me? How do I process my knowledge and the specializations I have during our meeting? Will they provide the right solutions to his requests? What does a form of care that sees the individual becoming part of the relationship, and at the same time the relationship becoming one of the main tools of the work being done, look like today? But also, is all this still relevant and responsive to the needs of suffering?

It is for these reasons that we find the article's proposals truly stimulating. They are striking thanks to the clarity with which they describe the *very complex* interweaving through which the authors narrate the meaning of a *very simple* gesture such as receiving a phone call. They attempt to give value to the perspective of human suffering and care that focuses on subjects, not on patients (or therapists); on specific actions of care, not protocols. This is a secure, steady look at a theoretical and human perspective which can be shared in many of its parts.

The human subject to whom care is addressed is described and defined within a real, actual framework that, at the same time, defines and constructs, but also limits, the area of movement.

Although the *depiction* presenting the subject is unique, complex, and unrepeatable, it is also demarcated. We are under the impression that the concept of *welcoming*, which the authors speak of in the psychological consultation, is aimed precisely at the *depiction*, trying to relativize the focus in relation to the *frame*.

It is interesting to regard the perspective that the article proposes with respect to the therapist, who is also placed in a cultural, social and personal framework, and who is taken into serious consideration as the 'subject' of the care proposal and not as the 'background'. This is a role that affects and defines the construction of the care proposal, in its unique and complex subjectivity; it not only reminds us of the therapist's distancing himself from a neutral position (a position which has been rejected in all psychoanalytic conversations, even the most orthodox), but also considers the proposal in the psychotherapist's actions, founded on a perspective that puts the psychotherapist and his own experience at the centre of the meeting, aware that the patient will forever remain unknown and other than himself.

Therefore, within the request for care the position of the psychotherapist and his world (his theoretical thinking, his tools, his culture, his institution, his knowledge, etc.) become of primary importance; a world that emerges and is expressed through what is known as relationality, humanity, or sociality in a broader sense. The therapist's relationality at that precise moment,



interpreted as the synthesis of one personal world meeting another at that given instant.

A perspective that looks at the “meeting system” through these eyes allows the psychotherapist to truly welcome the other on a par with himself, whether he wishes to be seen alone, or in the company of his mother-in-law or pet dog, at a table in a café or hidden in the dark of a video call.

For the authors, the meeting is the real focus of attention, it will always be unique and different, representing a new opportunity in the becoming of the two subjects: therapist and patient. An experience through which the therapist goes back to questioning his own being present and awareness, and in doing so facilitates the possibility that the other subject in the system may do so as well. Thus, there can be no protocol meeting, but a careful planning which allows each moment of the communicative exchange to take place. The first message, the first phone call, the first handshake; but also the subsequent moments of consultation, when it becomes necessary to decide how to meet: in group sessions, with the family, or in individual sessions, etc.

Although Lingiardi’s (2018) definition, “craftsperson’s scientific practice” always strikes a positive chord, we are of the opinion that a perspective which is able to take such complexity into account is profoundly and rigorously scientific, with all the potential to *demonstrate* rather than *explain*, or to *make it work*. Instead, we are not convinced by all those perspectives that go in the direction of constructing manuals, practices, and protocols of technical actions, in which we see the risk of focusing on the frame rather than the painting. This may manifest itself either as discussing the framework of the human subject, or questioning oneself on the issue of diagnosis and how to prepare for a diagnosis; or in dealing with the framework of the meeting and how to smooth out a relationship and make it work.

We might also think that the true essence of *acceptance* lies in the honesty and respect of being able to look at the suffering of that subject(s) starting from the disturbing experience of that meeting; which must be able to be thought of as non-procedurable, because it depends on the uniqueness of that therapist and of that patient, in terms of what they are like, and what coming into contact with the other arouses in them.

Thus, if we follow the direction suggested by the authors, we could say that the therapist is honest if he/she welcomes this new opportunity of experience from the very first contact, being present to him/herself and able to propose a clear and comprehensible care arrangement to those involved. This must be done with respect for the implicit and explicit needs of the person making the request, and sustainability for the whole system of the meeting.

This premise leads us to the crux of Fabio Vanni and Silvia Bertoli’s proposal “Psychological consultation as a transformative first clinical experience”.

To elaborate on this, we quote what they write:

“The consultation has two objectives: to co-construct a form of care that is useful for the person requesting it and possible for both systems - an “orientation” objective - and to provide a sample of possible care experience - an “experiential or transformative” objective.”

What has been argued so far can be included in the first objective described, concerning the need to accommodate everyone, the requesting system in its complexity and the care system in its complexity, with a view to co-constructing a form of care that is useful and possible for both systems.

Let us now turn to the second objective of the consultation: the ‘experiential or transformative’ objective.

In order to do this, we shall follow the path taken by the authors, who emphasise the inevitable interconnection between care and subject, considered as two concepts that go hand in hand. We might also add, again quoting the authors and paraphrasing R. Kaës (2007), “neither one without the other, nor without the social and cultural system that contains them”.

The idea of the subject in the 21st century brings with it a political dimension and a philosophy of care, as derivatives and concretizations of cultural and social dimensions, with inevitable repercussions also on the ways in which suffering is presented and taken care of.

Although imbued with such dimensions, let us try to examine the idea of the subject that we have in mind and that we propose in our clinical practice.

The authors have clearly described the point of view they start out with, and we are grateful as this helps us to follow and understand their proposal. They speak of a relational subject, who, starting with an ‘initial configuration’ which, in the course of its existence and in the meeting with the other, defines a ‘further configuration’ in a continuous becoming between confirmation and disconfirmation, in the tension towards the search for integration and unity.

We should note that this clinical proposal contains and maintains complexity, so much so that the authors underscore the importance of the therapist’s posture. This posture is characterized by openness and curiosity towards the world that presents itself through the request for care. It implies an openness to the request and to the implications of having a well-defined scheme, of sticking to the available toolbox, provided by one’s training, science and experience: the encounter between the request and the world (system according to the authors) of the request and the world/system of care. These worlds meet and talk in an interactive becoming, leading to an agreed proposal and care.

The focus is not only on the person(s) formulating the request, but also on the person(s) in the care system. This results in an organization, a shared and agreed practice.

There has been an interesting follow-up proposal to relativize diagnostics in favour of the presence of the therapist(s) or subject(s) of care. Here, presence involves the possibility of being in continuous dialogue and relationship with the request and the applicant, exploring the various dimensions of the request, the suffering of the subject/s (system including the applicant and his/her vital context of relationship) in the conviction that no one should be excluded. This is a fixed element, to deal with suffering at 360°.

Having acknowledged all the above and more, we shall now ask some questions and propose some nuances.

First and foremost, the idea of a unitary and relational subject, the cornerstone of the thinking and proposal, is backed up by the specification of an initial configuration that evolves through its relationships, maintaining the need to be unitary, which finds continuous confirmation and disconfirmation in the encounter with the world. Hence the evolution from the initial configuration to the subsequent one. From this theoretical premise derives a clinical practice with the presence of the human subject; in this Comment, the patient who has turned to the service and the therapist(s) who received him/her.

We think it is useful to explain in what way it is considered possible to accompany the suffering subject towards a presence to oneself. Towards a consistency and quality of life and its unfolding.

As mentioned by the authors, each person becomes in relation to his or her history and relationships. In that becoming, the relationship with the other takes on nuances and modalities functional to each one.

However, remaining on a level with connection and disconnection, between the confirming and the disconfirming, seems to us to remain on a level with the functionality of relationships. So what does it mean to take suffering into one's care? We certainly agree with the authors who propose a posture of listening and welcoming the other(s); hence, a posture of interest and listening to the other's world, to the exertion in taking on the commitments of one's own life. Respectful listening and curiosity lead the way to paying attention to the different nuances and subjectivities in the field.

It is the respectful listening to their world, to their solutions and their exertions that encourages them to be there, supporting them whilst dealing with them.

However, we find it difficult, but perhaps it is just a matter of language, to think that suffering lies in the disconfirmation of one's identity, produced by events or relationships. Indeed, although disconfirmation brings with it fatigue, we could place suffering in the position of passivity and impotence that the subject perceives when faced with that particular situation. Thus, we would not place the emphasis on the relationship, but on the readiness of the individual subject to accept and face what life proposes to him.

And here it would be useful to introduce a further concept in the theo-

retical references proposed by the authors: there is certainly a configuration, and certainly the unfolding of life is in the relationship, but suffering lies in the difficulty in making the effort, pursuing the possibility and opportunity that “the consciousness of consciousness” can offer us (Minolli, 2015).<sup>1</sup>

This perhaps accompanies us in presence and quality of substance in our becoming.

Thus, any discourse can only start with the idea of the subject that we have in mind. As far as we are concerned, we define it, as Minolli suggested, an I-subject. It is not a quirk, but I-subject defines an idea of the world, of the living and the human being.

The meta-theory of the I-subject leads to the view that each living being is unique, belonging to its own mode, self-organized and in continuous search for functional solutions for self-realization. Therefore, each subjective posture, one’s own way of being in the relationship, has its own functionality, which on the one hand produces functional ‘relational configurations’ for the individual subject, and on the other informs us about the individual subject, their way of being, the solutions found and the exertion of proceeding in one’s own existence.

What does this way of understanding the world entail? Firstly, that the solutions found by the living, and thus by the I-subject, are always functional, provided one places oneself in the point of view of the individual I-subject.

This means that the outside, the other, cannot define the solution found by the I-subject. It is not possible to define that solution as functional or dysfunctional. If a solution exists, it means that, from that subject’s point of view, it has its own functionality in relation to its way of being, to feeling alive and maintaining a coherence of self.

We believe this is where we should start! So, how does suffering come into the picture?

Does it make sense to talk about dysfunctional solutions (thoughts, actions, relationships, etc.)? Does it still make sense to talk about psychopathology?

Does suffering have to do with psychopathology or with the subject’s life process?

If the psychoanalytic clinic does not have anything to do with psychopathology, then it is necessary to define criteria and modalities to accompany young colleagues approaching the world of psychotherapeutic training.

---

<sup>1</sup> Through the long, slow process of ‘consciousness of consciousness’ it is possible to acknowledge one’s own configuration to oneself. Life in its continuous unfolding can make us relativize the sensations of ‘consciousness’ .... This processual acknowledgement to oneself that one is configured that way... leads to the presence to oneself through the qualitative work of the ‘consciousness of consciousness’. (Minolli 2015, p. 233)

This is necessary because the order of discourse is subverted.

The approach to the clinical practice has had a directionality that starts with suffering as a derivative of psychopathology, and the dysfunctionality of certain behaviours, thoughts, relationships, in search of the underlying factors, and the indication of possible solutions for a return to a situation of well-being. We do not believe that this is the authors' vision and proposal; however, we believe that if we consider the relationship as the transformative tool in the therapeutic meeting, in particular in the specifics of the consultation, this could lead to a relational exasperation to which one could attribute a power more capable than what the single experience of presence is capable of assuming, thereby saturating one's own experience.

It is something else to deal with the individual subject and his suffering, inherent in his life process, not something 'other', salvific, healing.

Dealing with the process of the individual subject means leaving behind the asymmetrical position and standing side by side with the suffering patient. A relationship on an equal footing, in which one shares the issues of life, and in which one is accompanied, each one of us in the position we find ourselves in, to a knowledge and acceptance of one's own existence.

We can call this modality the "Clinical practice of Presence", where the subjective process of the therapist meets that of the patient and, in the encounter, there is an accompanying self-knowledge.

From these premises a revolution arises in the conception of the clinical practice, no longer aimed at overcoming a problem, but at welcoming it as an element in one's own life process. It follows that taking charge cannot be standardized, but must be personalized; in relation to that unique patient and that unique therapist. In this point, too, we are broadly in agreement with Vanni and Berboli.

It is customizing in relation to the process of the patient and the therapist, where the intake is unique and follows the process of becoming of the two interacting subjects.

For us, too, the devices are relativized in their scope and proposals, and used as a function of accompanying the subjective process which is underway. This means having the propensity to be in a relationship with oneself and with the other. To be in the suffering, in the tortuous paths that subjects take when taking their lives in their own hands, as well as the tasks that life proposes as it unfolds.

Learning the techniques and tools, paying attention to the definition of the setting, knowledge of definitions and diagnostics and testing formulations, do not have the same meaning as they have in the psychopathology-based clinical practice. But this does not mean they should be neglected. Their possible use should be defined, made explicit and agreed upon in the relationship between therapist and patient.

Therefore, sustaining the presence becomes the foundation of training.

In line with F. Vanni and S. Bertoli's proposal, this does not concern the acquisition of skills regarding the use of items such as the individual, the couple, the family, etc., but rather a training or, rather, training in 'posture' or, to be in line with our language, 'Presence'.

In conclusion, we feel we can share with the authors the spirit of research and an ethical posture of listening to the uniqueness of the subject, whether sufferer or professional, to the complexity of the question and the uncertainty of outcomes.

However, we have some reservations about considering the consultation a foretaste of a possible transformative clinical practice, for two reasons: on the one hand, because we think that the aim is not to transform, but to embrace what one has and what one is; on the other hand, we fear that one might run the risk of pointing out the direction of a solution for the crisis and the suffering.

For this reason, we think it is useful to accept the request for care, leaving open the possibility of meeting the requesting subject, or extending the proposal to meeting other subjects with whom the applicant has significant affective relationships. This openness, similar to F. Vanni's and S. Bertoli's proposal, lies in the conviction that significant relationships organize functional 'relational configurations' for each individual subject. In this way, the request for care can only represent the tip of the iceberg of a personal crisis that also finds a correspondence in others.

Accommodating the individual or several subjects responds to the logic and theoretical conviction that it is neither the device nor the 'relational configurations' that are the focus of our interest; rather, both are considered as elements to support the life process of each subject with whom we enter into a relationship. Consultation is this possibility that subjects are giving themselves, and we may perhaps support them in this opportunity.

There are other issues and reflections that could be developed, the text is so well organized and clear in its exposition that it stimulates thinking and dialogue.

However, as we believe this dialogue is only a moment in the process, we have chosen to stop here.

## REFERENCES

- Abbruzzese, M., Vincenti, E. (2024). Prendersi cura della sofferenza all'interno di una famiglia. *Ricerca Psicoanalitica* Anno XXXV, n. 2, 2024.
- Alfieri, L., Vincenti, E. (2022). Quale setting per quale sofferenza. *Educazione sentimentale*. FrancoAngeli, n. 37.

---

Conflict of interests: the authors declare no potential conflict of interests.

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received: 7 December 2023.

Accepted: 16 October 2024.

Editor's note: all claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, editors and reviewers, or any third party mentioned. Any materials (and their original source) used to support the authors' opinions are not guaranteed or endorsed by the publisher.

©Copyright: the Author(s), 2024  
Licensee PAGEPress, Italy  
*Ricerca Psicoanalitica* 2024; XXXV:955  
doi:10.4081/rp.2024.955

*This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.*





## Commento

Linda Alfieri,\* Mariacarmela Abbruzzese,\*\* Enrico Vincenti\*\*\*

SOMMARIO. – L'articolo *La consultazione psicologica come prima esperienza clinica trasformativa* di Fabio Vanni e Silvia Bertoli esplora l'importanza della consultazione psicologica come un incontro iniziale tra terapeuta e paziente, unico e personalizzato con potenzialità trasformative. Gli autori pongono domande cruciali su come accogliere la singolarità dell'individuo, la sofferenza che esso porta e, contemporaneamente articolare una proposta di cura personalizzato e relazionale piuttosto che protocollare. Si evidenzia l'importanza della presenza reciproca dei soggetti coinvolti e come questa possa portare a una co-costruzione di strategie di cura. La consultazione non è solo un'opportunità per l'individuo sofferente, ma anche un momento di riflessione per il terapeuta, portando a un'esperienza condivisa e personalizzata. Pur apprezzando lo sforzo e l'originalità della proposta dei due autori, ci si chiede se e quanto il ritenere la consultazione come un'esperienza trasformativa, metta al centro la relazione oscurando e perdendo di vista il soggetto e la possibilità che esso ha di accogliere la propria sofferenza come elemento specifico del processo di vita e come opportunità di essere presente a se stesso.

*Parole chiave:* consultazione, interazione, soggetto, presenza.

L'articolo "La consultazione psicologica come prima esperienza clinica trasformativa" di Fabio Vanni e Silvia Bertoli che andiamo a commentare, è senz'altro un importante stimolo di riflessioni intorno a domande che da sem-

---

\*Psicologa, Psicoterapeuta, Psicoanalista SIPRe-IFPS; Socia fondatrice dell'areaProspettiva Gruppo e Famiglia; Membro de 'IL PRUNO Centro Studi Famiglia e Gruppo'; Docente di Clinica presso la scuola di Specializzazione in Psicoanalisi della Relazione (SIPRe), Italia. E-mail: linda.alf@gmail.com

\*\*Psicologa, Psicoterapeuta, Psicoanalista SIPRe-IFPS; Socia fondatrice dell'areaProspettiva Gruppo e Famiglia; Membro de 'IL PRUNO Centro Studi Famiglia e Gruppo'; Docente di Clinica presso la scuola di Specializzazione in Psicoanalisi della Relazione (SIPRe), Italia. E-mail: abbruzzesemarc@gmail.com

\*\*\*Psicologo, Psicoterapeuta, Psicoanalista, Supervisore SIPRe-IFPS; supervisore in Psicoanalisi della Relazione di Gruppo e della Famiglia. Membro de 'IL PRUNO Centro Studi Famiglia e Gruppo'; Docente di Clinica Psicoanalitica presso la Specializzazione in Psicoanalisi della Relazione (SIPRe), Italia. E-mail: evince57@gmail.com

pre animano il nostro pensiero sulla terapia e sul modo in cui incontriamo ogni singola persona.

Come si accoglie quel singolo individuo che bussa alla mia porta? Come si declina una proposta di cura che guarda a quel soggetto specifico e alla domanda specifica che mi fa? Cosa me ne faccio dei miei saperi e delle mie specializzazioni, quando lo incontro? Saranno giuste soluzioni alla sua domanda? Come si declina oggi una forma di cura che vede l'individuo divenire nella relazione e al contempo la relazione uno dei principali strumenti di lavoro? Ma anche, tutto ciò è ancora attuale e rispondente ai bisogni della sofferenza?

Per questo motivo, troviamo davvero stimolanti le proposte dell'articolo, che colpiscono nella chiarezza con cui riescono a descrivere l'intreccio *complessissimo* attraverso il quale gli autori raccontano il senso di un gesto *semplicissimo* come quello di accogliere una telefonata. Tentano di dare valore a una prospettiva della sofferenza umana e della cura che rimette al centro i soggetti e non i pazienti (o i terapeuti), le azioni specifiche di cura e non i protocolli. Si tratta di uno sguardo sicuro e fermo in una prospettiva teorica e umana, condivisibile in molte delle sue parti.

Il soggetto umano a cui la cura si rivolge è descritto e definito all'interno di una cornice reale e concreta che, nello stesso tempo, ne definisce e costruisce, ma anche ne limita, uno spazio di movimento.

Seppure il *quadro* che descrive il soggetto sia unico, complesso, irripetibile, è anche delimitato. Abbiamo l'impressione che il concetto di *dare accoglienza* nella consultazione psicologica, di cui parlano di autori, si rivolga proprio *al dipinto*, cercando di relativizzare l'attenzione rispetto alla *cornice*.

È interessante la prospettiva che l'articolo propone rispetto al terapeuta, collocato anch'esso in una cornice culturale, sociale e personale, che viene preso in seria considerazione come "soggetto" della proposta di cura e non come "sfondo". Si tratta di un ruolo che incide e definisce la costruzione della proposta di cura, nella sua soggettività unica e complessa, non solo ricordandoci la lontananza da una posizione neutrale del terapeuta (posizione ormai abbandonata in qualsiasi conversazione psicoanalitica, anche la più ortodossa), ma declinandola nell'azione dello psicoterapeuta, mosso da una prospettiva che mette al centro sé stesso e la propria esperienza nell'incontro, consapevole che il paziente rimane sconosciuto e altro da sé, per sempre.

Perciò all'interno della domanda di cura, diventa primaria la posizione dello psicoterapeuta, con il suo mondo (pensiero teorico, strumenti tecnici, cultura di appartenenza, istituzione di appartenenza, i suoi saperi, ecc.); un mondo che emerge e si esprime attraverso quella che chiamiamo relazionalità, umanità, o socialità in senso più ampio. Il modo di relazionarsi del terapeuta in quel momento lì, letto come sintesi di un intero mondo personale incontra un altro mondo in quel dato istante.

Una prospettiva che guarda al "sistema dell'incontro" con questi occhi permette allo psicoterapeuta di accogliere realmente l'altro al pari di sé stesso, che desideri essere visto da solo, in compagnia di suocera o cagnolino, sul tavolo di un bar o nascosto al buio di una videochiamata.

L'incontro, per gli autori, è il vero oggetto d'attenzione, che ogni volta sarà unico e diverso, rappresentando una nuova occasione nel divenire dei due soggetti: terapeuta e paziente. Esperienza attraverso la quale il terapeuta torna ad interrogarsi sul proprio essere presente e consapevole, e nel farlo facilita la possibilità che anche l'altro soggetto del sistema possa farlo. Quindi, non può esserci un incontro protocollabile, ma un'organizzazione attenta a permettere che ogni momento dello scambio comunicativo avvenga. Il primo messaggio, la prima telefonata, la prima stretta di mano; ma anche i successivi momenti della consultazione, in cui si rende necessario decidere come incontrarsi: in sedute di gruppo, di famiglia o individuale, ecc.

Per quanto colpisca sempre positivamente la definizione di Lingiardi (2018) di "*pratica scientifica artigianale*", siamo dell'idea che una prospettiva capace di tenere conto di tale complessità sia profondamente e rigorosamente scientifica, con tutte le potenzialità per *dimostrare* e non *spiegare*, o per far *funzionare*. Ci lasciano invece dubbiosi tutte quelle prospettive che vanno in una direzione di costruzione di manuali, pratiche, e protocolli di azioni tecniche, all'interno delle quali percepiamo il rischio di occuparci della cornice più che del dipinto. Questo può manifestarsi sia nel discutere della cornice del soggetto umano, interrogandosi sul tema della diagnosi e di come prepararsi ad una diagnosi; sia nel trattare la cornice dell'incontro e su come fluidificare o far funzionare una relazione.

Potremmo anche pensare che la vera essenza *dell'accoglienza* risieda nell'onestà e nel rispetto di poter guardare alla sofferenza di quel/i soggetto/i partendo dall'esperienza perturbante di quell'incontro; che deve potersi pensare non protocollabile, perché dipendente dalla unicità di quel terapeuta e di quel paziente, per come sono fatti e per ciò che suscita a ciascuno l'entrare in contatto con l'altro.

E quindi, seguendo gli autori, potremmo affermare che il terapeuta è onesto se si ripropone di accogliere questa nuova occasione di esperienza sin dal primo contatto, per essere presente a sé stesso e in grado di proporre ai soggetti coinvolti un accordo di cura chiaro e comprensibile. Questo deve avvenire nel rispetto dei bisogni impliciti ed espliciti di chi fa domanda e della sostenibilità per tutto il sistema dell'incontro.

Questa premessa ci conduce al punto nodale della proposta di Fabio Vanni e Silvia Bertoli: "La consultazione psicologica come prima esperienza clinica trasformativa".

Per approfondire il tema riportiamo quanto scrivono:

"La consultazione ha due obiettivi: co-costruire una forma di cura utile per chi la richiede e possibile per entrambi i sistemi – obiettivo 'orientativo' - e costituire un assaggio di esperienza di cura possibile – obiettivo 'esperienziale o trasformativo'."

Quanto fin qui sostenuto può essere inserito nel primo obiettivo descritto, riguardante la necessità di accogliere tutti, il sistema richiedente nella sua

complessità e il sistema di cura nella sua complessità, in vista di una co-costruzione di una forma di cura utile e possibile per entrambi i sistemi.

Soffermiamoci ora sul secondo obiettivo della consultazione: quello ‘esperienziale o trasformativo’.

Per farlo, seguiamo la strada intrapresa dagli autori, che sottolineano l’inevitabile interconnessione tra cura e soggetto, ritenuti due concetti che vanno a braccetto. Potremmo anche aggiungere, sempre citando gli autori e parafrasando R. Kaës (2007), “né l’uno senza l’altro, né senza il sistema sociale e culturale che li contiene”.

L’idea di soggetto del XXI secolo porta con sé una dimensione politica e una filosofia della cura, in quanto derivati e concretizzazioni delle dimensioni culturali e sociali, con inevitabili ricadute anche sulle modalità di presentazione e di presa in carico della sofferenza.

Benché siano pregni di tali dimensioni, proviamo a inquadrare l’idea di soggetto che abbiamo in mente e che proponiamo nella nostra prassi clinica.

Gli autori hanno ben descritto il punto di vista da cui partono, e ne siamo grati perché ci aiuta a seguire e comprendere la loro proposta. Si parla di un soggetto relazionale, che diviene a partire da una “configurazione iniziale” e che, nel corso della sua esistenza, nell’incontro con l’altro, definisce una “configurazione ulteriore” in un continuo divenire tra conferma e disconferma, nella tensione verso la ricerca di una integrazione e unitarietà.

Dobbiamo constatare che questa proposta clinica contiene e mantiene la complessità, tanto che gli autori sottolineano l’importanza della postura del terapeuta. Questa postura è caratterizzata da apertura e curiosità verso il mondo che si presenta attraverso la richiesta di cura. Essa implica un’apertura alla domanda e alle implicazioni relative all’avere uno schema definito, o all’attenersi allo strumentario a disposizione, fornito dalla propria formazione, dalla scienza e dalla propria esperienza: l’incontro tra la domanda e il mondo (sistema secondo gli autori) della domanda e il mondo/sistema di cura. Sono questi mondi che si incontrano e dialogano in un divenire interattivo, che porta ad una proposta concordata e ad una cura.

L’attenzione non è rivolta solo al soggetto/i che porta la domanda, ma anche al soggetto/i del sistema di cura. Ne deriva quindi una organizzazione, una prassi condivisa e concordata.

È interessante e conseguente la proposta di relativizzazione della diagnostica a vantaggio della presenza del/i terapeuti o soggetti di cura. Qui, la presenza si concretizza nella possibilità di stare nel dialogo e nel rapporto continuo con la richiesta e il richiedente, esplorando le diverse dimensioni della richiesta, la sofferenza del soggetto/soggetti (sistema comprendente il richiedente e il suo contesto vitale di relazione) nella convinzione che nessuno debba essere escluso. È un punto fermo, occuparsi della sofferenza a 360°.

Avendo apprezzato tutto ciò, e non solo, veniamo a porre alcuni quesiti e a proporre alcune sfumature.

Innanzitutto, all’idea di soggetto unitario e relazionale, cardine del pensiero e della proposta, viene affiancato la specifica di una configurazione iniziale

che evolve attraverso le sue relazioni, mantenendo fermo il bisogno di essere unitario, che trova conferma e disconferma continua nell'incontro con il mondo. Da qui si origina l'evoluzione dalla configurazione iniziale a quella successiva. Da questa premessa teorica deriva una clinica della presenza del soggetto umano; in questo scritto, del paziente che si rivolge al servizio e del/i terapeuti che lo accolgono.

Pensiamo sia utile esplicitare in che modo si ritiene possibile accompagnare il soggetto sofferente verso una presenza a sé stessi. Verso una consistenza e una qualità della vita e del suo svolgersi.

Come accennato dagli autori, ciascuno diviene in relazione a ciò che è la sua storia e le sue relazioni. In quel divenire, il rapporto con l'altro assume sfumature e modalità funzionali a ciascuno.

Tuttavia, stare a livello delle connessioni e sconnessioni, tra il confermante e il disconfermante, ci sembra stare a livello della funzionalità dei rapporti. Allora cosa significa prendersi cura della sofferenza? Siamo sicuramente d'accordo con gli autori che propongono una postura di ascolto e accoglienza dell'altro/i; quindi, una postura di interesse e ascolto del mondo dell'altro, delle fatiche nel prendersi carico delle incombenze della propria vita. L'ascolto rispettoso e la curiosità portano ad attenzionare le diverse sfumature e le diverse soggettualità in campo.

È il rispettoso ascolto del loro mondo, delle loro soluzioni e delle loro fatiche che favorisce lo stare accanto, supportandoli nell'occuparsene.

Tuttavia, ci risulta difficile, ma forse è solo una questione linguistica, pensare che la sofferenza risieda nella disconferma della propria identità che gli eventi o le relazioni producono. Infatti, sebbene la disconferma porti fatica, potremmo collocare la sofferenza nella posizione di passività e impotenza che il soggetto percepisce di fronte a quella determinata situazione. Quindi, non metteremmo l'accento sulla relazione, ma sulla disponibilità del singolo soggetto ad accogliere e affrontare quanto la vita gli propone.

E qui converrebbe introdurre un ulteriore concetto al riferimento teorico proposto dagli autori: certo esiste una configurazione, e certo lo svolgersi della vita è nella relazione, ma la sofferenza sta nella difficoltà ad assumersi quella fatica, possibilità e opportunità che 'la coscienza della coscienza' potrebbe offrirci (Minolli, 2015)<sup>1</sup>

Questo forse ci accompagna nella presenza e in una qualità di sostanza nel nostro divenire.

Quindi, qualsiasi discorso non può che partire dall'idea di soggetto che abbiamo in mente. Per quanto ci riguarda, lo definiamo, a partire da Minolli,

---

<sup>1</sup> Attraverso il lento e lungo processo della "coscienza della coscienza" è possibile riconoscere a se stessi la propria configurazione. La vita nel suo svolgersi continuo può portare a relativizzare le sensazioni della "coscienza" .... Questo processuale riconoscere a se stessi di essere configurati in quel modo... portano alla presenza a se stessi grazie al lavoro qualitativo della "coscienza della coscienza". (Minolli 2015 pag. 233)

Io-soggetto. Non è un vezzo, ma Io-soggetto definisce una idea del mondo, del vivente e dell'essere umano.

La meta-teoria dell'Io-soggetto porta a ritenere ogni vivente unico, appartenente al suo modo, auto-eco organizzato e in continua ricerca di soluzioni funzionali per l'attuazione di sé. Pertanto, ogni soggettiva postura, la propria modalità di stare nella relazione, ha una sua funzionalità, che da un lato produce "configurazioni relazionali" funzionali ai singoli soggetti e dall'altro ci informa del singolo soggetto, del suo modo di essere, delle soluzioni trovate e della fatica del procedere della propria esistenza.

Cosa comporta questo modo di intendere il mondo? In primo luogo, che le soluzioni trovate dal vivente, e quindi dall'Io-soggetto, sono sempre funzionali, a condizione che ci si metta dal punto di vista del singolo Io-soggetto.

Questo significa che l'esterno, l'altro, non può definire la soluzione trovata dall'Io-soggetto. Non è possibile definire tale soluzione come funzionale o disfunzionale. Se una soluzione esiste, vuol dire che, dal punto di vista di quel soggetto, essa ha una sua funzionalità in relazione al suo modo di essere, al sentirsi vivo e mantenere una coerenza di sé.

Noi riteniamo che si debba partire da qui! Allora, come inquadrare la sofferenza?

Ha senso parlare di soluzioni disfunzionali (pensieri, azioni, relazioni, ecc.)? Ha ancora senso parlare di psicopatologia?

La sofferenza ha a che fare con la psicopatologia oppure con il processo di vita del soggetto?

Se la clinica psicoanalitica non ha a che fare con la psicopatologia, allora è necessario definire criteri e modalità per accompagnare i giovani colleghi che si avvicinano al mondo della formazione psicoterapeutica.

Questo è necessario poiché si sovverte l'ordine del discorso.

L'approccio alla clinica ha avuto una direzionalità che parte dalla sofferenza come derivato della psicopatologia e dalla disfunzionalità di certi comportamenti, pensieri, relazioni, alla ricerca dei fattori sottostanti e l'indicazione delle soluzioni possibili per un ritorno a una situazione di benessere. Non crediamo che questa sia la visione e la proposta dagli autori; tuttavia, riteniamo che considerare la relazione come lo strumento trasformativo dell'incontro terapeutico, in particolare nello specifico della consultazione, potrebbe condurre ad una esasperazione relazionale, a cui attribuire un potere più capace di ciò che la singola esperienza di presenza sia in grado di assumersi, saturando l'esperienza propria.

Altra cosa è occuparsi del singolo soggetto e della sua sofferenza, insita nel suo processo di vita, non cosa "altra", salvifica, curativa.

Occuparsi del processo del singolo soggetto vuol dire uscire dalla posizione asimmetrica e mettersi a fianco del paziente sofferente. Un rapporto alla pari, in cui si condividono i temi della vita e ci si accompagna, ciascuno nella posizione in cui si trova, a una conoscenza ed accettazione della propria esistenza.

Possiamo definire questa modalità "Clinica della Presenza", dove il pro-

cesso soggettivo del terapeuta incontra quello del paziente e, nell'incontro, ci si accompagna ad una conoscenza di sé.

Da queste premesse deriva una rivoluzione della concezione della clinica, non più indirizzata al superamento del problema, ma all'accoglienza dello stesso come elemento del proprio processo di vita. Ne consegue che la presa in carico non può essere standardizzata, ma deve essere personalizzata; in relazione a quel paziente unico e quel terapeuta unico. Anche su questo punto troviamo ampie convergenze con Vanni e Bertoli.

Si tratta di una personalizzazione in funzione del processo del paziente e del terapeuta, dove la presa in carico è unica e segue il processo del divenire dei due soggetti in interazione.

Anche per noi, i dispositivi sono relativizzati nella loro portata e proposti e utilizzati in funzione dell'accompagnamento del processo soggettuale in atto. Ciò significa avere la propensione a stare nel rapporto con sé stessi e con l'altro. Stare nella sofferenza, nei tortuosi percorsi che i soggetti intraprendono per prendersi cura della propria vita e delle incombenze che essa propone nel corso del suo svolgersi.

L'apprendimento di tecniche e strumenti, l'attenzione alla definizione del setting, la conoscenza delle definizioni e le formulazioni diagnostiche e testistiche non hanno la stessa pregnanza che hanno nella clinica basata sulla psicopatologia. Ma non per questo devono essere trascurati. Il loro possibile utilizzo deve essere definito, esplicitato e concordato nel rapporto tra terapeuta e paziente.

Quindi, sostenere la presenza diviene il fondamento della formazione. In linea con la proposta di Vanni e Bertoli, questa non riguarda l'acquisizione di competenze sull'utilizzo di dispositivi come individuale, coppia, famiglia, ecc., ma piuttosto una formazione o, meglio, formazione alla "postura" o, più in linea con il nostro linguaggio, alla "Presenza".

In conclusione, riteniamo di poter condividere con gli autori lo spirito di ricerca e una postura etica all'ascolto dell'unicità del soggetto, sia esso sofferente o professionista, della complessità della domanda e dell'incertezza sugli esiti.

Tuttavia, abbiamo qualche riserva nel considerare la consultazione un assaggio di una possibile clinica trasformativa per due motivi: da un lato, poiché pensiamo che l'intento non sia quello di trasformare, ma di accogliere quanto si ha e ciò che si è; dall'altro, temiamo che si possa correre il rischio di indicare una direzione di soluzione per la crisi e della sofferenza.

Per questo motivo, pensiamo sia utile accogliere la domanda di cura, lasciando aperta la possibilità di incontrare il soggetto richiedente, oppure di estendere la proposta all'incontro con altri soggetti con cui il richiedente ha rapporti affettivi significativi. Questa apertura, analoga alla proposta di Vanni e Bertoli, risiede nella convinzione che nei rapporti significativi si organizzino "configurazioni relazionali" funzionali per ogni singolo soggetto. In questo modo, la domanda di cura può rappresentare solo la punta di un iceberg di una crisi personale che trova rispondenza anche negli altri.

Accogliere il singolo o diversi soggetti risponde alla logica e alla convinzione teorica secondo cui non sono né il dispositivo né le “configurazioni relazionali” al centro del nostro interesse; piuttosto, entrambe vengono considerate come elementi per sostenere il processo di vita di ogni soggetto con cui entriamo in relazione. La consultazione è questa possibilità che i soggetti si stanno dando e noi forse potremmo sostenerli in questa opportunità.

Ci sono altre domande e altre riflessioni che si potrebbero sviluppare, il testo è così ben organizzato e chiaro nella sua esposizione che stimola il pensiero e il dialogo.

Tuttavia, ritenendo questo dialogo solo un momento del processo, scegliamo di fermarci qui.

#### BIBLIOGRAFIA

- Abbruzzese, M., Vincenti, E. (2024). Prendersi cura della sofferenza all'interno di una famiglia. *Ricerca Psicoanalitica* Anno XXXV, n. 2, 2024.
- Alfieri, L., Vincenti, E. (2022). Quale setting per quale sofferenza. *Educazione sentimentale*. FrancoAngeli, n. 37.

---

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 7 dicembre 2023.

Accettato: 16 ottobre 2024.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

*Ricerca Psicoanalitica* 2024; XXXV:955

doi:10.4081/rp.2024.955

*This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.*



## Comment

*Anna Rita Viarengo\**

**ABSTRACT.** – In my commentary I express full agreement with the authors with regard to all the issues they address. In particular, I emphasize the centrality of the first interview and reception to those who seek treatment, in order to build a “space of psychological agency.” My view is that the work we do with our patients from the first meeting and within the analytic process is not a work of revelation but of meaning-making. Dwelling on developmental consultation, I emphasize the importance of fostering parental readiness. Finally, placing the demand for care in a network context, which opens up the possibility of confrontation among clinicians, also assumes great importance in my opinion.

*Key words:* psychological consultation, specificity, first interview, relationship, reception, feasibility of care and parenthood, family system, team as a network.

The article presented highlights the importance of the encounter with a subject in the context of psychological care, and I agree with all the issues addressed. Psychological consultation encompasses the essential value of the first contact with the subject who requests it, and has critical theoretical and clinical importance. The specificity of this encounter is so in relation to certain fundamental factors illustrated by the authors and which I feel merit attention. The social and cultural context in which the encounter takes place is considered, as well as the characteristics of the professional figures that we, as psychotherapists, represent with our expertise. The article also highlights the importance of the characteristics of the person(s) we will have to relate to, with their specificity and a mindset that has formed over time and that influences every new experience, with the inevitable expectations ‘*of self-confirmation*’ and way of interpreting their life events. The person who requests psychological

---

\*Psychologist, psychoanalyst, teacher, and ISIPSE Supervisor, Italy.  
E-mail: annviar@gmail.com

intervention will, therefore, have to deal with the novelty that arises from the first encounter and what may derive from it. I agree that all the points considered are central.

One of the aspects that make a consultation fundamental is that it encompasses the extraordinary meaningfulness of the first encounter in which two people who have never met before meet to tackle subjects that affect the personal life of one of them and immediately engage in an intense exchange of stimuli, information and feelings. The psychotherapist immediately impacts the psychic world of a stranger with his or her own way of expressing him or herself, and their feelings, using different modulations both verbal and implicit, and the psychotherapist will be intent on carefully positioning 'being there' in terms of tuning, integration, adaptability and integrity. Whoever seeks treatment is in the difficult position of having to entrust their suffering and self-perception to a stranger, often not knowing what to ask, what to expect; they may be fearful and diffident or have unrealistic expectations about what can be done for them. This first encounter, as well as subsequent encounters, will lay the groundwork for an introspective and relational journey for both participants where 'two worlds' meet to deal with the unease, sense of disconfirmation, and states of discontinuity of the person(s) who are part of an entire system of care seekers.

The question of reception is fundamental. I agree with the authors that the consultation starts on first contact - a space for meaningful exchange may be created on the first phone call. It is often but not always true that the first interview is conducted by the same people who will follow through the next steps of the journey, but if that cannot be the case, among the professionals who play a role in the various stages of the encounter, there must be a consensus in the approach to the application for care that is brought. In that case, the listening platform, starting with the various professional positions, will necessarily need to focus on the needs of the applicant. The care we take in understanding who we are going to interview, in what order, and how a possible referral will be handled already represents a way of 'being with the other' (Stern, 1987) favouring a relationship built on empathic listening (Kohut, 1982). The way the interview is conducted should take into account the potential patients' requests and their different positions. This, as the authors suggest, applies particularly, but not exclusively, to consultations involving school-age children. On first meetings with parents, the consultation is a conversation aimed at understanding the processes of self-regulation and the interactive regulation of the parent-child/adolescent system (Viarengo, 2017). Concordant with the authors and in the light of the relational matrix (Mitchell, 1993), the consultation involves crucial passages that will guide the direction of the first meetings. In the beginning, the attention given to the applicant's

distress and how it is expressed, will already constitute *a taste of possible care*. The objectives of the consultation are not stated *a priori* but are the result of a negotiation that enables us to develop a way of being together to better understand the needs of the person requesting care. This gives the request for care more meaning and may undergo several changes along the way.

I think the work we do with our patients at the first meeting and during the analytical process is not about revelation but building meaning. We work with the people who require a consultation from the very beginning to help them make sense of the experience of their development that is often stunted, disoriented, disorganised, or just confused. The people we meet in a consultation need to experience guidance, acceptance and reflection. Treatment takes place through the meeting made up of words, looks, emotional tones, implicit aspects, expressed and restrained emotions; the consultation can set the patient on a path that will allow them to deepen their self-knowledge, and must begin with the encounter between people, and the desire to know and be known. The conversations that take place during a consultation, as in the course of psychotherapy, should be an opportunity to foster the growth and mental freedom of the person who requests care. The aim is to build a relationship to understand and guide human action to develop a more harmonious auto and hetero-regulative dialogue and thus promote more adaptive behaviour. The authors make all this very clear when they talk about a sense of *co-building care that is useful for those who require it*. I believe that it is in this sense that *no one should be excluded* among the person(s) who come to us with a request for care, but the care appropriate for that particular person or system must be identified.

With regard to the diagnosis, I believe that it has its own specific place which differs from this method of intervention and the theoretical concepts of the area of application that the authors and I refer to. I believe that, in any clinical approach, the diagnosis should be made through a representation that views the subject in relation to the family and the social system and includes their specific personological characteristics.

The subject of feasibility of psychological care leads us to consider that the subject is autonomous concerning care, and it raises the question of the real possibility of proposing it. This leads me to consider consultations with school-age children which must take into account the willingness of parents to be involved. Considering with the authors that “the mental development of the child is [...] function of the relational matrix”, the psychotherapeutic/psychoanalytic consultation of the child and the adolescent is a fundamental cognitive and relational moment that requires empathic effort on the part of the therapist, and for the parents it means a commitment of considerable emotional and cognitive intensity. The psy-

chotherapist is interested in helping parents regain and reorganise self-regulatory and mutually regulatory aspects (Beebe & Lachmann, 2003), since the former identifies the main therapeutic objective as the recovery and/or establishment of a better relationship between parents and child/adolescent. Through the co-construction of a satisfactory exchange between therapist and parents, it may be possible to witness a change in some aspects of the child's inner world and the relational world of the whole system. Many parents, during the consultation, modify the way they ask questions and the type of questions.

I agree with Vanni and Bertoli that consultations, both for school-age children and for adults, are the first step on a journey that will evolve and will bring with it different perspectives on the issues that arise. Also, in the course of psychotherapeutic work, new information will be added along the way with a possible evolution in care, so the exploratory field typical of consultation remains open even during therapy as the landscape can change and new scenarios may emerge. In this sense, it is a *perspective* that can mean accommodating needs that require other types of intervention.

The interesting clinical case treated in the article illustrates that, as with minors, but not only minors, one comes into contact with a system that must be considered carefully in its particulars, with all the interconnections that may emerge in the application for care, and the need for other professional figures then comes into play.

The placement of a care request in a network context has a central place in the article, where meeting with other clinicians is indispensable if we are to offer patients and ourselves a service which will allow us to hone our responses to the question of care.

The choice of using *the team as a network* proposed by the authors emphasises the need for relational psychotherapists to have 'work partners' with whom to share the clinical experiences that involve us professionally and personally. This choice also aims to provide more targeted interventions and the opportunity to benefit from a more complete and socially usable clinical system for people who approach us with a request for psychological care. The organisation of the Sum Project described in the article is an example of how this is possible and directs us toward a type of psychotherapy which is accessible to many.

#### REFERENCES

- Beebe B., Lachmann F.M. (2003). *Infant research e trattamento degli adulti un modello sistemico-diadico delle interazioni*. Raffaello Cortina, Milano
- Kohut H. (1982). *La ricerca del sé*. Bollati Boringhieri, Torino
- Mitchell S.A. (1993) *Gli orientamenti relazionali in Psicoanalisi*. Per un modello integrato. Bollati Boringhieri, Torino.

- 
- Stern D.N. (1987). *Il mondo interpersonale del bambino*. Bollati Boringhieri, Milano.
- Viarengo A.R. (2017). *Problematiche di coppia e difficoltà genitoriali nella pratica clinica con i bambini e gli adolescenti*. In: Castellano R., Bonucci C., a cura di. *Una poltrona per tre*. Franco Angeli, Milano.

---

Conflict of interests: the author declares no potential conflict of interests.

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received: 22 September 2024.

Accepted: 16 October 2024.

Editor's note: all claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, editors and reviewers, or any third party mentioned. Any materials (and their original source) used to support the authors' opinions are not guaranteed or endorsed by the publisher.

©Copyright: the Author(s), 2024  
Licensee PAGEPress, Italy  
*Ricerca Psicoanalitica* 2024; XXXV:949  
doi:10.4081/rp.2024.949

*This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.*



## Commento

*Anna Rita Viarengo\**

SOMMARIO. – Nel mio commento esprimo pieno accordo con gli autori relativamente a tutti i temi da loro affrontati. In particolare, sottolineo la centralità del primo colloquio e dell'accoglienza nei confronti di chi richiede la cura, al fine di costruire uno "spazio di agibilità psicologica". La mia opinione è che il lavoro che svolgiamo con i nostri pazienti fin dal primo incontro e all'interno del processo analitico non sia un lavoro di rivelazione bensì di costruzione di significati. Soffermandomi sulla consultazione in età evolutiva, sottolineo l'importanza di favorire la disponibilità dei genitori. Infine, anche a mio parere assume grande rilevanza l'inserimento della domanda di cura in un contesto di rete, che apre alla possibilità di un confronto fra i clinici.

*Parole chiave:* consultazione psicologica, specificità, primo colloquio, relazione, accoglienza, agibilità della cura e genitorialità, sistema familiare, equipe come rete.

L'articolo presentato segnala in tutte le sue parti l'importanza dell'incontro con un soggetto in un contesto riguardante la cura psicologica e mi trova in accordo con tutti i temi affrontati. La consultazione psicologica porta con sé il valore imprescindibile che riveste il primo contatto con un soggetto che la richiede ed è argomento di grande rilievo teorico e clinico-applicativo. La specificità di tale incontro riguarda alcuni fattori fondamentali che gli autori illustrano e che mi sembra importante sottolineare. Vengono considerati il contesto sociale e culturale in cui l'incontro avviene, le caratteristiche delle figure professionali che noi psicoterapeuti rappresentiamo con il nostro bagaglio di competenza. Viene inoltre messa in primo piano l'importanza delle caratteristiche di coloro con cui ci relazioneremo, aventi una loro specificità ed un pensiero che si è formato nel tempo e che influenzerà ogni nuova esperienza, con le inevitabili

---

\*Psicologa Psicoanalista Docente e Supervisore ISIPSE, Italia.  
E-mail: annviar@gmail.com

aspettative *di conferma di sé* e dei modi di interpretare le vicende della propria vita. La persona che richiede l'intervento psicologico dovrà fare i conti, pertanto, con gli elementi di novità rappresentati dall'incontro e da ciò che ne potrà derivare. Concordo col ritenere che tutti i punti considerati siano centrali.

Uno degli aspetti per cui la consultazione va considerata fondamentale è dovuto al fatto che porta con sé la straordinaria significatività del primo incontro in cui due persone che non si conoscono si incontrano per affrontare argomenti che riguardano la vita personale di uno di loro e da subito si trovano impegnati in uno scambio intenso di stimoli, di informazioni e di sensazioni. Lo psicoterapeuta impatta immediatamente con il mondo psichico di uno sconosciuto, con la sua modalità di esprimersi, di provare i sentimenti, nelle diverse modulazioni verbali e implicite e sarà impegnato in un attento posizionamento del proprio "esserci" in termini di sintonizzazione, integrazione, capacità di adattamento e integrità. Chi richiede la cura si trova nella difficile posizione di dovere affidare a uno sconosciuto la propria sofferenza e la propria idea di sé, spesso non sa bene cosa chiedere, cosa aspettarsi, può avere possibili timori e diffidenze o al contrario aspirazioni poco realistiche rispetto a ciò che si potrà fare per la sua causa. Questo primo incontro, nonché quelli successivi, porrà le basi per un viaggio introspettivo e relazionale di entrambi i partecipanti in cui si incontreranno "due mondi" che dovranno affrontare il disagio, il senso di disconferma e gli stati di discontinuità della o delle persone facenti parte di un intero sistema rappresentato dal/dai richiedenti la cura.

Il tema dell'accoglienza è basilare. Concordo con gli autori che la consultazione inizia dal primo contatto che rappresenterà da subito uno spazio di significativo scambio fin dalla prima telefonata. Sappiamo che spesso, ma non sempre, il primo colloquio sarà condotto da chi svolgerà le tappe successive del percorso, se così non potrà essere, sarà importante che le figure professionali che parteciperanno ai diversi momenti dell'incontro abbiano una impostazione armonica tra loro rispetto all'accoglimento della domanda di cura che verrà portata. In quel caso la piattaforma di ascolto, partendo dalle diverse posizioni professionali, dovrà mettere al centro l'attenzione al bisogno di chi stiamo incontrando. La cura che metteremo nel capire con chi si svolgerà il colloquio, in quale ordine e le modalità di un eventuale invio, deve potere rappresentare già un modo "di stare con l'altro" (Stern, 1987) favorente la relazione attraverso un ascolto empatico (Kohut, 1982). La modalità con cui si svolgerà il colloquio dovrà tenere conto delle richieste del/delle potenziali pazienti e le diverse posizioni di chi si incontrerà. Questo, come ci suggeriscono gli autori, vale soprattutto, ma non solo, nel caso della consultazione in età evolutiva. In modo particolare, nel caso dei primi incontri con i genitori, la consultazione si pone come una conversazione finalizzata a comprendere i processi di autoregolazione e



regolazione interattiva del sistema genitori-bambino/adolescente (Viarengo, 2017). In accordo con gli autori e alla luce della matrice relazionale (Mitchell, 1993), la consultazione comprende passaggi di fondamentale importanza poiché contempla aspetti orientativi che si svolgeranno nei primi incontri. In questi primi momenti l'attenzione che verrà data al disagio del richiedente la cura e i modi in cui si esplicherà, costituirà già *un assaggio di cura possibile*. Gli obiettivi della consultazione non sono dati a priori ma sono il frutto di una negoziazione che rende possibile costruire un modo di essere insieme per meglio comprendere i bisogni della persona che la richiede. Ciò permette di dare un significato alla domanda di cura che potrà subire diverse trasformazione nel percorso.

Penso che il lavoro che noi svolgiamo con i nostri pazienti fin dal primo incontro e all'interno del processo analitico non sia un lavoro di rivelazione bensì di costruzione di significati. Lavoriamo insieme alle persone che ci richiedono una consultazione fin dal primo momento per aiutarle a costruire un senso all'esperienza, al loro sviluppo che spesso è stentato e disorientato o disorganizzato o ancora semplicemente confuso. Le persone che incontriamo nella consultazione hanno bisogno di fare esperienze di orientamento, accoglimento e rispecchiamento. Il processo di cura avviene attraverso l'incontro, che è fatto di parole, sguardi, tonalità emotive, aspetti impliciti e di emozioni espresse e trattenute e la consultazione può avviare il paziente a percorrere una strada che gli permetterà di approfondire un percorso di conoscenza di sé che deve iniziare con un incontro tra persone, fatto di desideri di conoscere e di essere conosciuti. I colloqui che si svolgono durante la consultazione, così come nel percorso di una psicoterapia, dovrebbero sempre costituire un'occasione per favorire la crescita e la libertà mentale della persona che ci chiede di incontrarla. L'obiettivo è creare una relazione finalizzata a comprendere e orientare le azioni umane allo scopo di rendere più armonico il dialogo auto ed eteroregolativo e quindi favorire un comportamento più adattivo. Gli autori fanno ben comprendere tutto questo parlando del senso di *co-costruire una cura utile per chi la richiede*. Credo che in tal senso *nessuno vada escluso* tra chi ci porta una richiesta di cura, ma vada individuata la cura possibile per quella particolare persona o per quel particolare sistema.

In merito alla diagnosi reputo che essa abbia una sua posizione specifica, difforme da questa modalità di intervento e dai concetti teorici che inscrivono l'area applicativa a cui gli autori ed io stessa ci riferiamo. Ritengo che in un qualsiasi approccio clinico essa vada comunque collocata all'interno di una rappresentazione che vede il soggetto in relazione con il sistema familiare e sociale e ne comprenda le specifiche caratteristiche personologiche.

L'argomento riguardante lo spazio di agibilità psicologica ci porta nei luoghi di autonomia del soggetto riguardante la cura e le reali possibilità

di proporla. Mi induce a soffermarmi sulla consultazione in età evolutiva che deve tenere conto della disponibilità dei genitori. Considerando con gli autori che “ lo sviluppo mentale del bambino è quindi funzione della matrice relazionale”, la consultazione psicoterapeutica/psicoanalitica del bambino e dell’adolescente diventa un momento conoscitivo e relazionale fondamentale che richiede al terapeuta uno sforzo empatico e ai genitori un impegno di notevole intensità sia sul piano affettivo che su quello cognitivo. Lo psicoterapeuta è interessato ad aiutare i genitori a recuperare e riorganizzare aspetti autoregolativi e di regolazione mutua (Beebe & Lachmann, 2003), poiché individua come principale obiettivo terapeutico il ripristino e/o l’instaurarsi di una migliore relazione tra genitori e bambino/adolescente. Attraverso la co-costruzione di uno scambio soddisfacente tra terapeuta e genitori è possibile partecipare ad un possibile cambiamento di aspetti riguardanti il mondo interno del bambino e del mondo relazionale dell’intero sistema. Spesso molti genitori procedendo nella consultazione modificano il loro modo di porre le domande e anche la tipologia delle domande stesse.

Concordo con Vanni e Bertoli che la consultazione, sia nell’ambito dell’età evolutiva che nei confronti dell’età adulta, sia una fase iniziale di un percorso che si evolverà e comporterà prospettive diverse legate alle problematiche che emergeranno. Anche nel lavoro psicoterapeutico vi saranno continue acquisizioni di informazioni e possibili evoluzioni riguardanti la cura, pertanto l’ambito esplorativo tipico della consultazione rimane aperto anche durante la terapia in quanto può cambiare il panorama e possono emergere nuovi scenari. In tal senso è una *prospettiva* che può comportare la necessità di accogliere esigenze che potranno richiedere altri tipi di interventi.

Il bel caso clinico trattato illustra, come nel caso dei minori ma non solo, si entri in contatto con un sistema che va considerato con attenzione nelle sue particolarità, tenendo conto di tutte le interconnessioni che possono emergere durante la domanda di cura e la necessità che altre figure professionali entrino in gioco.

Nell’articolo un posto centrale riguarda l’inserimento della domanda di cura in un contesto di rete dove la possibilità di potersi incontrare tra clinici diventa bisogno irrinunciabile per potere offrire un servizio ai nostri pazienti e a noi stessi rispetto alle possibilità di affinare la risposta alle domande di cura.

La scelta di potere usare *l’equipe come rete* proposta dagli autori evidenzia la necessità di noi psicoterapeuti relazionali di avere dei “compagni di lavoro” con cui condividere le nostre esperienze cliniche che tanto ci coinvolgono professionalmente e personalmente. Tale scelta ha inoltre l’obiettivo di potere fornire alle persone che ci portano una domanda di cura psicologica interventi mirati ed una maggiore possibilità di usufruire di un siste-

ma clinico più completo e socialmente utilizzabile. La descrizione dell'organizzazione del Progetto Sum che viene presentata nell'articolo è un esempio di come tutto ciò sia possibile e ci orienti verso una psicoterapia fruibile da parte di molti.

#### BIBLIOGRAFIA

- Beebe B., Lachmann F.M. (2003). *Infant research e trattamento degli adulti un modello sistematico-diadico delle interazioni*. Raffaello Cortina, Milano
- Kohut H. (1982). *La ricerca del sé*. Bollati Boringhieri, Torino
- Mitchell S.A. (1993) *Gli orientamenti relazionali in Psicoanalisi. Per un modello integrato*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Stern D.N. (1987). *Il mondo interpersonale del bambino*. Bollati Boringhieri, Milano.
- Viarengo A.R. (2017). *Problematiche di coppia e difficoltà genitoriali nella pratica clinica con i bambini e gli adolescenti*. In: Castellano R., Bonucci C., a cura di. *Una poltrona per tre*. Franco Angeli, Milano.

---

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 12 settembre 2024.

Accettato: 16 ottobre 2024.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

*Ricerca Psicoanalitica* 2024; XXXV:949

doi:10.4081/rp.2024.949

*This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.*



## Comment

*Simona Montali\**

**ABSTRACT.** – The psychological consultation is a moment of great importance in approaching problems concerning psychological distress. This commentary reiterates, on the basis of personal clinical experience, the importance of the space dedicated to psychological consultation even in the context of child psychotherapy practised in a free-professional context.

*Key words:* reception; consultation; parents; family; relationship; continuing education.

I find myself in agreement with the title of the wonderful article by my colleagues Vanni and Bertoli, and I fully concur with S. Manghi's thinking in the presentation of the article, from which an initial key question arises that we must ask ourselves as psychotherapists: are we aware that we are first of all people, who like our patients are immersed in the same complexity of the world and of the society in which we live? I believe it should be the first thing that we should be aware of if we want to play our role and function of treating in the here and now. I am a neonatal doctor and psychotherapist; for more than 20 years, I have practiced medicine in a neonatal ward and neonatal intensive care. Only later, whilst working, did I decide to go into more depth regarding the world of the psyche, thanks to the experience of being in contact with parents and newborns (extremely preterm babies or those with congenital pathologies) admitted to the ward in which I worked and the subsequent follow-ups that allowed me to monitor growth and development both from a medical point of view, but above all from a relational point of view within the family situation. I wanted to try to understand more and to find a way to accompany the families through the difficulties that such an experience inevitably cre-

---

\*Surgeon, paediatrician, neonatologist, developmental and adult psychotherapist, Italy.  
E-mail: s.montali@virgilio.it

ates compared to a healthy full-term birth. As a consequence, I began to realise that what I could do was help parents find or rediscover their resources so that they could look at their «broken» child as potentially healthy, in the sense that I could help them see not only the difficulties but also the uniqueness of that child, look at the child and not compare him/her with an imagined and desired child, but as their child with real potential that should be discovered and believed in.

This premise serves me well in transferring this concept into my current work; I am a freelance child psychotherapist (I also work with adolescents and adults). My experience in a public institutional context is limited to my work as a neonatal physician. At the moment, I am also part of the group of colleagues, doctors and/or psychologists and psychotherapists of the Ruolo Terapeutico di Parma (an association in Parma, Italy).

I preferably deal with situations involving families who turn to me because their little one is sick. In the Article by my colleagues, they speak of *welcoming* from the outset. I indeed think it actually all starts from there. It is for this reason that, in the private context in which I find myself, the welcoming of situations involving children is immediately directed to a therapist who deals with child development, even more so if they are very young children, (0 – 3 years or of preschool age). The first session, which takes place only with the parents, is extremely significant for us. They enter the room and are often desperate, exasperated, full of guilt, they are suffering and looking for someone to *solve* a problem for them. I believe that the welcoming of these parents involves listening to them, they have already often made various attempts to ask for help, with little satisfaction often due to a feeling of non-inclusion in the proposed path, no help in everyday life.

Already during this first session, the feeling is that they are under the illusion that they put all their suffering in one place, that there is someone who will receive it and take on their burden, freeing them a little, and also giving them instructions on how to do it. It is a session to get to know each other, where something extremely intense happens between parents and therapist, something that I believe needs to be protected, it is very valuable and very real. An investment already takes place, and not just by the parents. They ask me for help. My answer is a proposal for consultation, which translates into a course of sessions, where I will initially collect the history of their lives and what they want to tell me about themselves and then I watch them interact when they play with their little one to see how they communicate, all of them, I also observe the affection and relationship, because it is the sufficiently good relationship that helps to treat. *Without you, I can't do anything*, that's one of the first things I say. It is important for me to make them immediately aware that they are protagonists in this journey. I am asking for trust, of course, but I emphasise the

possibility of withdrawing from this demanding consultation process at any time. That is why, having listened to them and explained to them what my proposal is, I believe it is important that this situation remains ‘the responsibility of’ the one who first received their request. At the end of the consultation, the final restitution will be a set of choices in which they will have experienced being in the room with their little one, playing or doing whatever else they want to do, with my presence observing the emotional dynamics that are created, in the child, in me, in mum, in dad. Later, there will be a narration of our experience, from which the therapeutic proposal that they can freely accept or reject will come. I would add that the therapeutic proposal, if it is made, is always with the same therapist and always with the total involvement of the parents. Always because the patient is the situation, not just the child. The child is a kind of symptom of a difficult situation.

I believe that relationships are a valuable and fragile *human occurrence*, but without them, we cannot survive from the beginning of life. That’s how we humans are. Without love, we die. Building a relationship that is good enough to allow for growth is a complex task. Children, because of their fragility, often experience *cold showers* from the people who look after them without there actually being any real abandonment or blatant shortcomings. But the very small child that I’m talking about is not a standard and is literally sometimes overwhelmed by his/her emotions without being able to process them; he/she doesn’t have the tools to deal with them. I believe that the experience of neglect that each of us experiences has deep archaic roots, without having to have had any real and obvious traumas in our life story. All this is to explain why, in children who present obvious difficulties, dealing with a lot of different care figures I think is initially a destabilising factor. What I think is useful is to make the child see the possibility of a sufficiently good relationship, which is what helps to treat. We are facilitators of relationships. Creating an initial relationship, a small connection between a therapist and a very disturbed baby in, for example, suspected autism cases, is relatively simple. But it is not with us that the relationship should be created, or rather, yes, but it is in order to experience the possibility, both on behalf of parents and of the child, that a sufficiently good relationship is possible. By working with parents in the setting, we have the opportunity to stimulate parents to observe their baby better by showing in session together how a gesture, a game, keeping a distance, sudden screams, repetitive motions can be the signal that the little one is telling us something. It is they who have the chance, the time, the motivation, and the ability to help their child, we accompany them along the path, helping them to help their child. Using imagination, but above we are in a deep part of ourselves, very similar to that child, we try to make the inexplicable clear, to make

sense of stereotypies and repetitive movements, to define them as important moments for the child, that should not be blocked or demonized. I encourage parents to ask themselves what they think of their child flitting around the room, what emotion it evokes in them, what fantasy, trying to break away from the judgment of “senseless gesture”, a judgment that closes the door. The very fact that I ask them the question, it makes them wonder whether in the end behind those incomprehensible things there is any meaning. I discuss my fantasies about the bizarre things the child does, and I say that it is not a question of interpreting anything, it is simply a question of sharing my imagination with them in the face of an attitude that is an emotional manifestation. I am convinced that there is a why behind every flitting movement, behind everything the little one does. In this way, I accompany parents in re-interpreting their children again, to look at them and experience them with different eyes, session after session and then, as it should be, day after day, when they are at home with him/her; it is they who face the bulk of the work.

It creates a good beginning between the parents and the child, as with me, the therapist; but I am careful to keep myself at a certain temporal distance (I see the child at most once a week, and then I work a lot with the parents who I always invite to be present in the session). This can open the child up to the possibility of trusting the adults around him/her, those who take care of him/her, and only later, when he/she has experienced that no one (the parents) will abandon him/her, then there can be multiple healthcare professionals. Because teamwork is important, everyone has their role in close reciprocity. Public and private should be strongly and virtuously related. A relationship, indeed!

It is very important to involve various members of the context in which the child lives, those who take care of him/her and stay with him for a long time. Teachers, educators, grandparents, brothers and sisters etc. will appear in the next stage of the therapeutic journey, if the parents choose to continue and if they agree to involve them.

From my point of view as a therapist, I believe that the clinical supervision we do with colleagues is an essential time to keep the boat steady, because in addition to putting any difficulties in the group and obstacles I encounter in the process of sessions, I can trust and narrate my emotional involvement, which I believe is impossible to avoid, asking for help when it is clear to me that something is wrong.

I have spent a great deal of time describing my thoughts, and perhaps this has taken me a little further from the request for a comment on the Article by my fellow colleagues. However, what I read in the Article is already very interesting and informative, and I agree with it, regarding the key concepts presented. I have therefore tried to make my small contribution, in order to underline all the areas of thinking that the good fortune



---

of doing this work has created for me, and that I do in a different context, as a freelancer in contact with groups of other colleagues.

---

Conflict of interests: the author declares no potential conflict of interests.

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received: 15 October 2024.

Accepted: 27 October 2024.

Editor's note: all claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, editors and reviewers, or any third party mentioned. Any materials (and their original source) used to support the authors' opinions are not guaranteed or endorsed by the publisher.

©Copyright: the Author(s), 2024  
Licensee PAGEPress, Italy  
*Ricerca Psicoanalitica* 2024; XXXV:969  
doi:10.4081/rp.2024.969

*This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.*



## Commento

*Simona Montali\**

SOMMARIO. – La consultazione psicologica è un momento di grande importanza in un percorso di approccio alle problematiche riguardanti un disagio psicologico. Viene ribadita in questo commento, sulla base dell'esperienza clinica personale, l'importanza dello spazio dedicato alla consultazione psicologica anche nell'ambito di una psicoterapia infantile esercitata in un contesto di attività libero-professionale.

*Parole chiave:* accoglienza; consultazione; genitori; famiglia; relazione; formazione permanente.

Il titolo stesso del bell'articolo dei colleghi Vanni e Bertoli mi trova perfettamente d'accordo e condivido in pieno il pensiero di S. Manghi posto come presentazione all'articolo, da cui nasce una prima domanda chiave da porre a noi stessi psicoterapeuti: siamo consapevoli di essere prima di tutto persone, immersi come i nostri pazienti nella stessa complessità del mondo e della società in cui viviamo? Credo che dovrebbe essere la prima cosa di cui essere consapevoli, se vogliamo svolgere il nostro ruolo e la nostra funzione di cura nel qui e ora. Sono un medico neonatologo psicoterapeuta; per più di 20 anni ho esercitato la professione medica in un reparto di neonatologia – terapia intensiva neonatale. Solo in un secondo tempo, in corso d'opera, ho deciso di approfondire il mondo dello psichico, grazie all'esperienza del contatto con i genitori e coi loro neonati (gravi pretermine o portatori di patologie congenite) ricoverati nel reparto in cui lavoravo e del follow-up successivo che mi permetteva di seguire la crescita e lo sviluppo sia dal punto di vista medico, ma soprattutto dal punto di vista relazionale all'interno della situazione familiare. Volevo cercare di comprendere di più e di trovare un modo per accompagnare la famiglia nelle difficoltà che una esperienza del genere inevitabilmente crea, rispetto invece ad una nascita di un

---

\*Medico chirurgo, pediatra, neonatologa, psicoterapeuta dell'età evolutiva e dell'età adulta, Italia. E-mail: s.montali@virgilio.it

bambino sano a termine. E ho cominciato a capire che quello che potevo fare era aiutare i genitori a trovare o ritrovare i propri strumenti per poter guardare quel figlio “rotto” come potenzialmente sano, nel senso di riuscire ad aiutarli a vedere non solo le difficoltà ma anche la unicità di quel figlio, guardarlo e vederlo non in un confronto con il bambino immaginato e desiderato, ma come il loro bambino con potenzialità reali da scoprire e in cui credere.

Tutta questa premessa mi serve per traslare questo concetto nel mio attuale lavoro; sono una psicoterapeuta infantile (mi occupo anche di adolescenti e adulti) libero professionista. La mia esperienza in un contesto istituzionale pubblico si limita al mio lavoro di medico neonatologo. Il mio contesto istituzionale attualmente è il gruppo di colleghi, medici e/o psicologi, psicoterapeuti del Ruolo Terapeutico di Parma.

Mi occupo preferibilmente di situazioni riguardanti famiglie che si rivolgono a me perché il loro piccolo sta male. Nell’articolo dei Colleghi si parla fin dall’inizio di *accoglienza*. Credo che in effetti tutto inizi da lì. È per questo motivo che, in un contesto privato nel quale io sono, l’accoglienza di situazioni riguardanti bambini viene da subito indirizzata verso una terapeuta che si occupa di età evolutiva, ancor di più se si tratta di bambini molto piccoli, (0 – 3 anni o comunque età prescolare). L’incontro, il primo, che avviene soltanto con i genitori, è per noi estremamente significativo. Entrano nella stanza persone spesso disperate, esasperate, piene di sensi di colpa, fortemente provate, alla ricerca di qualcuno che *risolva* al posto loro. L’accoglienza nei confronti di questi genitori credo che sia lo stare ad ascoltarli, hanno già fatto spesso vari tentativi di richiesta d’aiuto, con scarsa soddisfazione dovuta spesso a una sensazione di non inclusione nel percorso proposto, nessun aiuto per la vita quotidiana.

Già in questo primo incontro la sensazione è che si siedano nell’illusione di mettere lì tutto il loro bagaglio di sofferenza, e che ci sia qualcuno che lo prenda e se ne faccia carico, liberandoli un po’, dando però loro delle indicazioni sul fare. È un incontro di conoscenza, dove succede qualcosa di estremamente intenso fra genitori e terapeuta, qualcosa che credo debba essere tutelato, è molto prezioso e molto vero. Scatta già un investimento, e non solo da parte dei genitori. Mi chiedono aiuto. La mia risposta è una proposta di consultazione che si traduce in un percorso di alcuni incontri, dove inizialmente raccoglierò la storia della loro vita e quello che di sé vorranno dirmi e poi li osserverò interagire nel gioco con il loro piccolo per vedere come gira fra di loro, tutti loro, l’affettività e la relazione, perché è la relazione sufficientemente buona che cura. *Senza di voi non sono in grado di fare nulla*, questa è una delle prime cose che dico. È importante per me renderli da subito consapevoli che loro sono protagonisti in questo percorso. Chiedo fiducia, ovviamente, ma rimarcando la possibilità di sottrarsi in ogni momento a questo impegnativo

percorso di consultazione. Per questo motivo, dopo averli ascoltati e spiegato loro quale sia la mia proposta, ritengo importante che quella determinata situazione rimanga in carico a chi ha per primo accolto la domanda. Alla fine della consultazione, la restituzione finale sarà un insieme di scelte, in cui loro avranno esperito lo stare nella stanza con il piccolo, a giocare o a fare qualsiasi altra cosa vogliano fare, con la mia presenza ad osservare le dinamiche emozionali che si vengono a creare, nel bambino, in me, in mamma, in papà. E ci sarà un raccontarci questa nostra esperienza, da cui nasce poi la proposta terapeutica che loro potranno accettare o rifiutare, in libertà. Aggiungo che anche la proposta terapeutica, se viene fatta, è sempre con la stessa terapeuta e sempre con un coinvolgimento totale dei genitori. Sempre perché il paziente è la situazione, non solo il bambino. Lui è una sorta di sintomo di una situazione difficile.

Credo che la relazione sia un *accadimento umano* prezioso e fragile, senza la quale però, fin dall'inizio della vita, non si sopravvive. Noi umani siamo fatti così. Senza amore moriamo. Creare una relazione sufficientemente buona che faccia crescere è un compito complesso. Spesso i piccoli, per loro fragilità, esperiscono *docce svedesi* da parte delle persone che li accudiscono, senza che nella realtà dei fatti siano avvenuti effettivi abbandoni, né ci siano state plateali mancanze. Ma il bambino molto piccolo, è di questo che sto parlando, non è uno standard, viene letteralmente sommerso a volte dalle proprie emozioni senza essere in grado di elaborarle, non ne ha gli strumenti. Credo che il vissuto di abbandono che ognuno di noi ha nel profondo abbia radici arcaiche, senza per questo aver avuto per forza traumi reali ed evidenti nella nostra storia. Tutto questo per spiegare la ragione per cui, in bambini che presentano difficoltà evidenti, avere a che fare con tante figure "curanti" di riferimento credo sia inizialmente un fatto disturbante. Quello che reputo utile, è riuscire a far esperire al piccolo la possibilità di una relazione sufficientemente buona che è ciò che cura. Siamo facilitatori di relazioni. Creare una relazione iniziale, un piccolo filo fra terapeuta e un bimbo molto disturbato, ad esempio in odore di autismo, è relativamente semplice. Ma non è con noi che la relazione deve crearsi, o meglio sì, ma è per fare esperienza della possibilità sia da parte dei genitori che del bambino stesso, del fatto che la relazione sufficientemente buona fra loro sia possibile. Lavorando con i genitori in presenza, abbiamo la possibilità di stimolare i genitori a osservare meglio il loro piccolo, mostrando in seduta insieme come quel gesto, quel gioco, quel tenersi distante, quelle urla improvvisate, quel movimento ripetitivo possa essere il segnale che il piccolo ci sta dicendo qualcosa. Sono loro che hanno la possibilità, il tempo, le motivazioni, e da qualche parte le capacità di aiutare il loro bambino, noi li accompagniamo nel percorso aiutandoli ad aiutare loro figlio. Servendoci della fantasia, ma soprattutto del nostro essere in un punto profondo di noi stessi molto simili a quel bambino, proviamo a rendere spiegabile l'inspiegabile,

a dare un senso alle stereotipie, ai movimenti ripetitivi, definirle come momenti importanti per il piccolo, da non bloccare, da non demonizzare. Stimolo i genitori a chiedersi cosa fa loro pensare il loro bambino che va in giro sfarfallando, che emozione evoca loro, che fantasia, cercando di staccarsi dal giudizio di “gesto senza senso”, giudizio che chiude. Il fatto stesso che io ponga loro la domanda, li stimola a domandarsi se alla fine dietro quelle cose incomprensibili ci sia del senso. Metto a loro disposizione le mie fantasie rispetto a ciò che di bizzarro fa il bimbo, specificando che non si tratta di interpretare nulla, si tratta solo di condividere con loro la mia immaginazione al cospetto di un atteggiamento che è una manifestazione emotiva. Sono convinta che ci sia un perché dietro ogni sfarfallio, dietro ogni cosa che il piccolo fa. In questo modo, accompagno i genitori a rileggere il loro bambino, a guardarlo e viverlo con occhi diversi, seduta dopo seduta e poi, come deve essere, giorno dopo giorno, quando loro sono a casa con lui; sono loro che affrontano il grosso del lavoro.

Si crea fra genitori e figlio un inizio di relazione buona, come con me terapeuta; sto però attenta a mantenermi ad una certa distanza temporale (vedo il bambino al massimo una volta la settimana, e poi lavoro molto con i genitori che comunque invito sempre ad essere entrambi presenti in seduta) questo può aprire il piccolo alla possibilità di fidarsi degli adulti di riferimento, quelli che si prendono cura di lui, e solo in un secondo tempo, quando abbia sperimentato che c'è chi non lo abbandonerà mai (genitori) le persone dei curanti potranno essere più di una. Perché il lavoro d'équipe è importante, ognuno nel suo ruolo e in stretta reciprocità. Pubblico e Privato dovrebbero essere fortemente e virtuosamente in relazione. La relazione, appunto!

È molto importante coinvolgere vari membri dell'ambiente in cui il bambino vive, chi si prende cura di lui e sta con lui tanto tempo. Gli insegnanti, gli educatori, i nonni, fratelli e sorelle etc. compariranno nella tappa successiva del percorso terapeutico, se i genitori sceglieranno di continuare e se saranno d'accordo nel coinvolgerli.

Dal mio punto di vista di terapeuta, ritengo che le supervisioni cliniche che facciamo con i Colleghi siano momenti essenziali per tenere la mia barra dritta, perché oltre a mettere nel gruppo le eventuali difficoltà e inciampi nel processo delle sedute, posso fidarmi a raccontare del mio coinvolgimento emozionale ed emotivo, a mio parere impossibile da evitare, chiedendo aiuto quando è a me palese che c'è qualcosa che non va.

Mi sono dilungata nel descrivere quello che è il mio pensiero, e forse questo mi ha portato un po' lontano dalla richiesta che mi era stata fatta di un commento all'articolo dei colleghi. Ma quanto letto nell'articolo è già di per sé molto interessante ed esplicativo, oltre che condivisibile, riguardo i concetti chiave presentati; ho dunque cercato di dare il mio piccolo contributo, per sottolineare tutta quella parte di pensiero che la fortuna di fare

---

questo lavoro mi ha creato, e che svolgo in un contesto di struttura differente, come libero professionista in contatto con gruppi di altri Colleghi.

---

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 15 ottobre 2024.

Accettato: 27 ottobre 2024.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:969

doi:10.4081/rp.2024.969

*This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.*





## ***Psychological consultation as a transformative first clinical experience. Authors' response***

*Fabio Vanni,\* Silvia Bertoli\*\**

We would like to thank our fellow colleagues very much for the wonderful dialogue that has been established and which we are sure will continue in other forms as well. The criticisms received are placed within a positive consideration, sharing the basic perspective of our proposal, and receiving this feedback (which we believe to be sincere and not simply a courtesy) from our different esteemed colleagues is no small thing, and we want to emphasize this with gratitude and appreciation.

The work by Annarita Viarengo, Simona Montali, and that of Linda Alfieri, Maria Carmela Abbruzzese, and Enrico Vincenti go far beyond a general *endorsement* to emphasize in a more accurate language and with 'connections of meaning' the many shared passages.

Keeping in mind that our conviction is that consultation does not have the consideration and dignity that it deserves within clinical practice and training, as we have stated in our work, finding this timely appreciation gives us hope that something can evolve in the consciousness of the professional groups and teams in the sense of a greater analysis of the consultation phase, its links with psychotherapy and its relationship with diagnosis, etc.

The familiarity that our colleagues have with the world of families, children, adolescents and 'severity' also tells us perhaps of some of the reasons why they might appreciate an attempt like ours to develop a thought on this clinical step that has a general scope and that informs all psychoanalytic and psychotherapeutic clinical practice of the acquisitions that developmental and adolescent clinical practice has developed over time, as well as clinical practice in serious psychological suffering, among others.

---

\*Psychologist psychotherapist, former SSN manager, President Sum ETS Project and ETS Social Psychotherapy Network. UNIPR contract lecturer, Italy.  
E-mail: [fabiovanni@progettosum.org](mailto:fabiovanni@progettosum.org)

\*\*Director psychologist psychotherapist c/o NPIA ASL of Parma, expert in childhood, adolescence and developmental psychodiagnostics, Italy. E-mail: [bertoli.silvia@gmail.com](mailto:bertoli.silvia@gmail.com)

We would now like to look at some of the ideas that our colleagues have given us in more detail. Obviously, we have chosen only some of the ones that stimulated us more than others.

Simona Montali takes us into a world, that of very young children, which naturally has important specificities and therefore it is even more valuable to be able to grasp the affinities between her clinical proposal and ours, affinities that are evident and numerous and that Simona illustrates with the humanity we know she has.

The emphasis on welcoming, which is far from widespread in the world of care that seems to be hindering the relationship rather than helping it, the issue of continuity, the formulation of hypotheses and thoughts in consultation – not apodictic, a suggestion resulting from one's own fantasy about experience, with Ferro we could say 'What I dreamed of you' – seem to us to be important points. The issue of continuity in particular, which is so important in the initial phase of the relationship, a continuity that can only allow others to enter, to make space in the system, highlights an issue that is as important as it is unfortunately neglected. We are so accustomed to navigating between specialisms where synthesis is left to the patient that thinking of the fact that someone is dedicated to accompanying that 'situation' in exposing oneself; in showing one's wounds and suffering seems to us a dream, while it should be the norm. Of course, sometimes a different viewpoint helps, and Simona reminds us of this, but it is good that someone takes care of the whole, the 'situation' and how everyone, the parents, the child, is inside it and that we gradually arrive at the discontinuities, at the steps that are sometimes necessary. In our proposal, too, there is this focus on limiting therapeutic fragmentation as much as possible, and where it is useful – for example, in introducing different skills, in examining other levels – there is a need to think of ourselves as a 'clinical system' that then connects and functions not only in parallel but with moments and spaces for sharing, exchange and comparison. Consultation, in our opinion too, needs a direction that will accompany the process from start to finish.

Annarita Viarengo also offers us various points and connections with authors that we appreciate. Let us look at two considerations in her contribution. The first, which we had perhaps taken for granted but which we should not have, is the view of the consultation as a moment for 'building meaning' rather than a 'revelation'. Thinking of the consultation field as an opportunity to initiate a process of co-construction of new meanings that can then proceed in the subsequent psychotherapeutic path directs the consultation itself in a very different direction from that which we could easily trace in the 'reconstructive' or 'archaeological' tradition. How much of psychological and psychiatric (and unfortunately also psychotherapeutic) clinical practice is oriented on trying to identify what really happened in the past of the subject and his/her family? So how much of the initial phase of the clinical encounter is not

already dedicated to listening to the richness of what is brought, as to the deviation on what it would have determined today? Of course, the content of a consultation can also include the narrative of a personal and family history, and it can certainly provide very useful insights, but what we are talking about here is something else, not the content but the use made of it in the two perspectives that we feel are genuinely different, as our colleague implicitly reminds us. We would have liked her to have made a brief reflection on diagnosis more explicitly, which in our view is thought to be integrated into a vision that is consistent with the rest, but which perhaps we ourselves have dealt with too succinctly, given the complexity of the subject and the brevity that our text was constrained by. We will certainly have the opportunity to talk about it again...

The contribution by Alfieri, Abbruzzese and Vincenti solicits other thoughts, both for the broad ethical and theoretical shared ideas and for the communion of views on what are the key concepts for us too, such as singularity, respect for becoming, the centrality of the subject and the references, to beloved and extensively well-known authors.

In order to continue this rich dialogue, we would like to focus on two points where perhaps there are differences or where dialogue can lead us to better understand even of our own thinking.

"It is difficult for us, but perhaps it is only a linguistic issue, to think that the suffering lies in the disconfirmation of one's identity that events or relationships produce," the colleagues write. They continue: "we would not put the emphasis on the relationship, but on the individual subject's willingness to accept and deal with what life proposes."

And we agree. Simple disconfirmation can be an opportunity to learn about oneself and the world, not suffering. However, we believe that it is appropriate to consider both aspects.

Let us try to clarify a few sections in more detail: the new experience, in order to be considered 'new' and stimulating, and not threatening, for example, requires a 'willingness to learn' that cannot be the responsibility of the relationship, but only of that subject. In addition, the experience may take place in direct relation to a relationship, for example in relation to a criticality present in a specific encounter, or for a crossing of consciousness that takes place via thinking or the body and therefore on a level other than the relationship, more internal to the relationship of the subject with himself/herself. Under no circumstances, however, will this stimulus automatically result in a change in the subject<sup>1</sup>. However, it depends, as we believe our colleagues also understand, on how the subject treats experience, on the ability that he/she will have to take on the work of integration, complexification and a sense of 'new' experience.

---

<sup>1</sup> We could, to be precise, place this case in the category of the Batesonian 'Learning 0'.

A second clarification should be made on the concept of ‘transformation’. Our colleagues write: “we have reservations about considering the consultation as a taste of a possible transformative clinical practice for two reasons: on the one hand, because we believe that the intention is not to transform, but to welcome what one has and what one is; on the other hand, we fear that we may run the risk of indicating a direction of solution for crisis and suffering.”

However, if we do not play with words, the intention toward ourselves and toward the patient is that the stresses that we experience – from inside and outside as we said – can be welcomed – to use a common word in our language – and integrated and not expunged, not manipulated, not denied, etc. Is that not transformative intent? We would say that it is a specific type of transformative intent because it is not to be understood as a change of behaviour or as a correction of dysfunctional mental states, but rather as a possible outcome of the experience of a respectful but also necessarily ‘different’ movement from the experience of the subject-patient.

It would be interesting to go into more detail on this, because we think it is absolutely acceptable that no human being can set himself/herself up as a ‘modifier’ of another human being, for obvious ethical reasons, and fortunately even if he/she wanted to, he/she would not be able to. The living cannot be educated. However, one can stand, at their request, in a relationship with them that, in the exploration of identifying with them, offers the opportunity of another point of view. The final word, however, on the effect of being in their presence belongs to each subject. It may not be appropriate to remove the relationship as one of the stimuli of this movement, provided that we do not regard it as the only perturbing idea and provided that we do not give it a causal power, while leaving the recipient the honour and burden of interpreting this request.

We believe that it is particularly important to continue to reflect on ‘subject’ and ‘relationship’ because we often find that not giving both concepts the right mutual weight risks setting up positions that diminish or even undermine one of the two concepts. Thinking of the subject, on the other hand, as ‘relational’ puts the burden on the subject and his/her relative autonomy from relationality, being ‘with himself/herself’.

The solicitation of subjective experience of non-confirmation seems to us to constitute a possible disturbance of identity and relational automatism that can be treated in various ways by the subject but which, perhaps, provides many human beings with greater perturbative stimuli than confirmation.

We might think that human subjects may not only feel that unconfirmed experiences are threatening, but even seek them out to become more whole. This is probably the experience of many of us, but it is certainly not without experience of the opposite.

We could perhaps say in other words that in different relational experiences the subject “carries” his/her own intrapsychical organization; relational experiences are intrapsychically crystallized into an internalized relationship organization.

The relational experience with the therapist, who welcomes the patient’s suffering and avoids “reacting” but “feels”, can allow a new way of “being-in-the-relationship”, which takes on a transformative meaning for the patient.

Of course, our proposal is only a way of organising our clinical and human experience, which has found important opportunities for being reconsidered and updated here, in dialogue with you.

---

Conflict of interests: the authors declare no potential conflict of interests.

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received: 26 November 2024.

Accepted: 26 November 2024.

Editor’s note: all claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, editors and reviewers, or any third party mentioned. Any materials (and their original source) used to support the authors’ opinions are not guaranteed or endorsed by the publisher.

©Copyright: the Author(s), 2024  
Licensee PAGEPress, Italy  
*Ricerca Psicoanalitica* 2024; XXXV:977  
doi:10.4081/rp.2024.977

*This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.*



## ***La consultazione psicologica come prima esperienza clinica trasformativa.***

### **Replica degli autori**

*Fabio Vanni,\* Silvia Bertoli\*\**

Ringraziamo davvero i colleghi per il bel dialogo che si è creato e che siamo certi continuerà anche in altre forme. Le sollecitazioni critiche ricevute sono collocate all'interno di una considerazione positiva, di condivisione della prospettiva di fondo della nostra proposta, e ricevere questo riscontro, che ci pare sincero e non frutto di cortesia, da parte di colleghi differenti e dei quali abbiamo stima non è cosa da poco e la vogliamo sottolineare con riconoscenza e piacere.

Il lavoro di Annarita Viarengo, di Simona Montali e quello di Linda Alfieri, Maria Carmela Abbruzzese ed Enrico Vincenti, vanno ben al di là di un generico *endorsement* per sottolineare in un linguaggio più proprio e con 'ponti di significato' i molti passaggi condivisi.

Considerato anche che la nostra convinzione è che la consultazione non abbia la considerazione, la dignità, che meriterebbe all'interno della clinica e della formazione, come abbiamo affermato nel nostro lavoro, trovare questo apprezzamento puntuale ci fa ben sperare perché qualcosa possa evolvere nella coscienza dei gruppi e delle compagini professionali nel senso di un maggiore approfondimento della fase consultiva, dei suoi legami con la psicoterapia, dei suoi rapporti con la diagnosi, etc.

La confidenza che i colleghi hanno con il mondo delle famiglie, dei bambini, degli adolescenti, della 'gravità', ci dice anche forse di alcune delle ragioni per le quali essi possano apprezzare un tentativo come il nostro di sviluppare un pensiero su questo *step* clinico che abbia una portata generale e che informi tutta la clinica psicoanalitica e psicoterapeutica delle acquisizioni che la clinica dell'infanzia, dell'adolescenza, della grave

---

\*Psicologo psicoterapeuta, già dirigente SSN, Presidente Progetto Sum ETS e Rete Psicoterapia Sociale ETS. Docente a contratto UNIPR, Italia.

E-mail: [fabiovanni@progettosum.org](mailto:fabiovanni@progettosum.org)

\*\*Dirigente psicologa psicoterapeuta c/o NPIA ASL di Parma, esperta in infanzia, adolescenza e psicodiagnostica dell'età evolutiva, Italia. E-mail: [bertoli.silvia@gmail.com](mailto:bertoli.silvia@gmail.com)

sofferenza psichica, fra le altre, da tempo ha elaborato.

Vorremmo adesso riprendere alcuni degli spunti che i colleghi ci forniscono in modo un po' più puntuale. Ne scegliamo alcuni ovviamente che ci hanno sollecitato maggiormente fra i tanti possibili.

Simona Montali ci porta in un mondo, quello dei piccolissimi, che ha naturalmente specificità importanti e quindi è ancora più prezioso poter cogliere le affinità fra la sua proposta clinica e la nostra, affinità che appaiono evidenti e numerose e che Simona illustra con l'umanità che ben conosciamo di lei.

La sottolineatura dell'accoglienza, tutt'altro che diffusa in un mondo della cura che sembra porre ostacoli alla relazione più che favorirla, il tema della continuità, la formulazione delle ipotesi e dei pensieri nella consultazione – non apodittica, una suggestione frutto della propria fantasia sull'esperienza, con Ferro potremmo dire 'Cosa ho sognato di voi' – ci sembrano sottolineature rilevanti. Il tema della continuità in particolare, così importante nella fase iniziale del rapporto, una continuità che solo dopo un po' può consentire l'ingresso di altri, di allargare il sistema, pone in evidenza una questione tanto importante quanto negletta. Siamo talmente abituati a navigare fra specialismi dove la sintesi è lasciata al solo paziente che pensare al fatto che qualcuno sia dedicato ad accompagnare quella 'situazione' nel suo esporsi, nel suo mostrare ferite e sofferenze ci sembra un sogno mentre dovrebbe essere la norma. A volte certo un occhio diverso aiuta, e Simona ce lo ricorda, ma è bene che qualcuno abbia cura dell'insieme, della 'situazione' appunto e di come ognuno, i genitori, il bambino, ci sta dentro e che si giunga poi piano piano alle discontinuità, ai passaggi che a volte sono necessari. Anche nella nostra proposta c'è questa attenzione nel limitare più possibile la frammentazione terapeutica e laddove essa sia utile – per introdurre ad esempio competenze diverse, sguardi su altri livelli – vi è necessità di pensarsi come un 'sistema clinico' che quindi si connetta e non funzioni solo in parallelo ma con momenti e spazi di condivisione, scambio, confronto. La consultazione, anche secondo noi, ha bisogno di una regia che accompagni il processo dall'inizio alla fine.

Anche Annarita Viarengo ci propone diverse sottolineature e connessioni con autori che apprezziamo. Ci soffermiamo su due passaggi del suo contributo. Il primo, che avevamo forse dato per scontato ma che scontato non è, è la visione della consultazione come momento di 'costruzione di significati' anziché di 'rivelazione'. Il pensare al campo consultivo come opportunità di avvio di un processo di co-costruzione di nuovi significati che potrà procedere poi nel successivo percorso psicoterapeutico orienta la consultazione stessa in una direzione davvero differente da quella che potremmo facilmente rintracciare nella tradizione 'ricostruttiva' o 'archeologica'. Quanto della clinica psicologica e psichiatrica, ma purtroppo anche psicoterapeutica, è orientato sul tentativo di individuare ciò che è



realmente accaduto nel passato del soggetto e della sua famiglia? Quanto quindi della parte iniziale dell'incontro clinico è destinata non già all'ascolto della ricchezza di ciò che viene portato quanto alla deviazione su ciò che avrebbe determinato l'oggi? Naturalmente il contenuto di una consultazione può ben includere il racconto della storia personale e familiare, ed essa può certo fornire spunti molto utili, ma qui stiamo parlando d'altro, non dei contenuti quanto dell'uso che di essi si fa nella due prospettive che ci pare davvero differente, come implicitamente la collega ci ricorda. Ci piacerebbe avesse esplicitato meglio la sua breve riflessione sulla diagnosi che nella nostra prospettiva è pensata come integrata in una visione coerente con il resto, ma che forse noi stessi abbiamo trattato troppo sinteticamente, vista la complessità del tema e la brevità che doveva avere il nostro scritto. Avremo certamente modo di riparlare...

Il contributo di Alfieri, Abbruzzese e Vincenti ci sollecita altri pensieri ancora, sia per l'ampia condivisione etica e teorica che per la comunanza di vedute su quelli che sono concetti chiave anche per noi come la singolarità, il rispetto del divenire, la centralità del soggetto ed i riferimenti, anche qui, ad autori amati e approfonditamente frequentati.

Per proseguire in questo dialogo così ricco vorremmo soffermarci su due punti dove forse ci sono differenze o dove il dialogo ci può portare a comprensioni migliori anche del nostro stesso pensiero.

“Ci risulta difficile, ma forse è solo una questione linguistica, pensare che la sofferenza risieda nella disconferma della propria identità che gli eventi o le relazioni producono”, scrivono i colleghi. E proseguono “Non metteremmo l'accento sulla relazione, ma sulla disponibilità del singolo soggetto ad accogliere e affrontare quanto la vita gli propone.”

Sì, è così anche per noi. La semplice disconferma può essere un'occasione di apprendimento di sé e del mondo e non già di sofferenza. Tuttavia, crediamo convenga considerare entrambi gli aspetti.

Proviamo ad esplicitare meglio alcuni passaggi: la nuova esperienza, intanto, per essere considerata nuova e sollecitante, e non minacciosa per esempio, richiede una 'disponibilità apprenditiva' che non può essere messa a carico della relazione, ma solo di quel soggetto. Inoltre, l'esperienza può avvenire in rapporto diretto con una relazione, per esempio in riferimento ad una criticità presente in un incontro specifico, oppure per un attraversamento della coscienza che avviene ad opera del pensiero o del corpo e dunque su un livello diverso dalla relazione, più interno al rapporto del soggetto con sé. In nessun caso però questo stimolo determinerà automaticamente un cambiamento nel soggetto.<sup>1</sup> Dipende invece, come ci

---

<sup>1</sup> Potremmo, per la precisione, collocare questa fattispecie nel novero degli 'apprendimenti 0' batesoniani.

pare che anche i colleghi intendano, da come il soggetto tratta l'esperienza, dalla capacità che egli avrà di farsi carico di un lavoro di integrazione, di complessificazione, di senso della 'nuova' esperienza.

Una seconda precisazione va fatta sul concetto di 'trasformazione'. Scrivono i colleghi: "abbiamo qualche riserva nel considerare la consultazione un assaggio di una possibile clinica trasformativa per due motivi: da un lato, poiché pensiamo che l'intento non sia quello di trasformare, ma di accogliere quanto si ha e ciò che si è; dall'altro, temiamo che si possa correre il rischio di indicare una direzione di soluzione per la crisi e della sofferenza."

Se però non giochiamo con le parole l'intento verso noi stessi e verso il paziente/i pazienti è che le sollecitazioni che ci giungono – da dentro e da fuori come dicevamo – possano essere accolte – per usare una parola comune ai nostri linguaggi – e integrate e non espunte, non manipolate, non negate, etc. E questo non è un intento trasformativo? Diremmo che è uno specifico tipo di intento trasformativo giacché esso non è da intendersi come cambiamento di comportamenti o come correzione di stati mentali disfunzionali, ma piuttosto esito possibile dell'esperienza di un movimento di compartecipazione rispettoso ma anche necessariamente 'altro' rispetto all'esperienza del soggetto-paziente.

È interessante approfondire meglio questo aspetto perché ci pare assolutamente condivisibile l'idea che nessun essere umano possa ergersi a 'modificatore' di un altro essere umano, per ovvie ragioni etiche, né per fortuna potrebbe riuscire a farlo nemmeno se lo volesse. Il vivente non può essere istruito. Però si può stare, su sua richiesta, in una relazione con lui che, nella esplorazione immedesimativa offra l'opportunità di uno sguardo altro. La parola finale però sull'effetto di questo stare nella presenza è di ciascun soggetto. Forse non conviene espungere la relazione come uno degli stimoli di questo movimento purché non lo consideriamo l'unico spunto perturbante e purché non gli diamo un potere causale, lasciando invece al ricevente l'onore e l'onere di interpretare questa sollecitazione.

Crediamo che sia particolarmente importante continuare a riflettere su 'soggetto' e 'relazione' perché avvertiamo spesso che non dare ad entrambi i concetti il giusto peso reciproco rischi di configurare posizioni che sminuiscono o addirittura esautorano uno dei due concetti. Pensare al soggetto, invece, come 'relazionale' mette a carico del soggetto e di una sua relativa autonomia dalla relazionalità, l'essere 'con sé stesso'.

La sollecitazione costituita dall'esperienza soggettiva della non conferma ci pare costituire un possibile turbamento dell'automatismo identitario e relazionale che può essere trattato in vario modo dal soggetto ma che, forse, fornisce a molti esseri umani stimoli perturbativi maggiori della conferma.

Potremmo pensare che i soggetti umani possano addirittura non solo non sentire minacciose le esperienze di non conferma ma addirittura cercarle per divenire in modo più pieno. È probabilmente esperienza di molti di noi, pur

certo non scevri da esperienze di segno opposto.

Potremmo forse dire con un altro linguaggio che nelle diverse esperienze relazionali il soggetto “porta” la propria organizzazione intrapsichica; le esperienze relazionali si cristallizzano intrapsichicamente in una organizzazione di relazioni internalizzate.

L’esperienza relazionale con il terapeuta, che accoglie la sofferenza del paziente, evitando di “reagire”, ma sostando nel “sentire”, può consentire una nuova modalità di “stare-nella-relazione”, che assume un significato, in questo senso, trasformativo per il paziente stesso.

Ma naturalmente la nostra proposta è solo un modo di ordinare la nostra esperienza clinica e umana che qui, nel dialogo con voi, ha trovato importanti occasioni di riconsiderazione e aggiornamento.

---

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 26 novembre 2024.

Accettato: 26 novembre 2024.

Nota dell’editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell’editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall’editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:977

doi:10.4081/rp.2024.977

*This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.*



## **At the intersection between the intimacy of individual stories and the public places we inhabit.**

### **A dialogue with Benedetto Saraceno**

*Parma, 13 May 2024*

*Fabio Vanni,\* Maro Mozzani\*\**

The conversation that has been faithfully reported below, took place on 13<sup>th</sup> May 2024 in mixed form (online and in person) as an event organized by the Association ‘Sum ETS Project’ and the Association ‘Progetto Itaca Parma ODV’ and is published in *Ricerca Psicoanalitica* with the consent of the participants, whom we thank, and Dr. Saraceno who demonstrated his generosity and helpfulness during this event.

**Fabio Vanni:** Good evening, everyone, and a big welcome to Dr. Saraceno. I would like to start this dialogue with Dr. Mozzani and myself with an almost obvious question-analysis in some respects. “Where are we with mental health today in Italy?” Since many years have passed, almost half a century in fact, since Law 180 was passed and we know how many critical elements, more generally on the issue of health, but in particular on mental health today, are concentrated and increasingly present in this area, I believe that your opinion could introduce us to the heart of the matter.

**Benedetto Saraceno:**<sup>1</sup> Good evening everyone, and before answering Dr. Vanni’s question, I would like to thank my colleagues who invited me to this dialogue and all the organizations behind this evening’s event.

---

\*Director of the *Ricerca Psicoanalitica* Journal, President of ‘Progetto Sum ETS’ and of the ‘Network for Social Psychotherapy’, Italy. E-mail: [fabiovanni@progettosum.org](mailto:fabiovanni@progettosum.org)

\*\*Psychiatrist, Head of the Department of Psychiatry District of Fidenza – PR. Psychotherapist, member of the ‘Sum ETS Project’, Italy.  
E-mail: [mozzanimauro8@gmail.com](mailto:mozzanimauro8@gmail.com)

<sup>1</sup> Benedetto Saraceno, psychiatrist and public health expert. He has worked with Basaglia and Rotelli in Trieste. Subsequently, he directed the Laboratory of Epidemiology and Social Psychiatry of the Mario Negri Institute in Milan. For many years he headed the Mental

The first question you ask requires a rather complex answer. “At what point are we? Where are we?”, we are still better than the rest of the world. That is, in other words, with all the criticisms and reservations you may have about the declining situation of the quality of mental health services in Italy, for some years now, when comparing these services, even average ones or not particularly good ones, with average and not particularly virtuous services in the rest of the world, and I am thinking not of low-income countries but also of high-income western countries, we are still basically at the top of the class. That’s the good news, the bad news is that we’re much worse off than we were ten years ago, fifteen years ago or twenty years ago, that is, the conquests that were made since Law 180 have given us, how can I say, an incredible advantage in this bike race, so even if we keep losing miles upon miles, we are still in the lead, but we need to know that we are in a situation of great decline and we are losing a lot of miles every day. So, the answer is we are good compared to others, but we are not so good compared to ourselves.

**Fabio Vanni:** It would be useful then if we could start to talk about the reasons for this decline and perhaps also about what direction we could take to reverse this trend which, undoubtedly, may not continue to keep us in first place, not that it is a race, but because the quality of care is of interest to everyone.

**Benedetto Saraceno:** I believe that there is an answer that is easily accepted by all because it finds a guilty party outside of ourselves, that is, if the answer is that bad governments have mismanaged this cultural heritage after the Law 180 (the great reform) and that in the regions, the less virtuous regions, the more virtuous ones, the bad ones, or the very good ones... the blame lies with the policy makers. Local policy makers, regional policy makers, and the general regressive political cultural climate, which above all erodes the public health system far beyond psychiatry. All of this is true, but in my opinion, it risks being a bit of a confusing factor with regard to the responsibilities of mental health workers, because to say that there is a crisis because the government is bad, and because of poor governance in the regions etc., is a partial response that somehow does not make a reason for a cultural involution; a cultural involution of the operators. One might say that this setback is linked to a general setback of policies and that it is therefore the policies that have yet again motivated the progressive demotivations, the progres-

---

Health and Substance Abuse Department at the World Health Organization in Geneva. He currently chairs the Board of the Lisbon Institute of Global Mental Health. He is the author of essays and monographs including «The End of Entertainment» and «On the poverty of Psychiatry».

sive privatization of services... you can say what you want, but I believe that mental health workers are certainly returning to a more performance-oriented attitude than a care-oriented one today. The attitude of the operators is to recognize on an etiopathogenic level the weight, the importance the impact, the significance of the so-called social determinants, but this recognition is an academic recognition, it does not translate into intervention on social determinants. Here, too, there is an excuse that is used very often by mental health workers who say: "we can't do anything about social determinants", and if you go and look at classic public health texts the social determinants are poverty, conflict, war, unemployment, gender differences, the cultural levels of the population, and they say, "well what can I do about it? I am an operator of that service, and I won't be able to change these social determinants." Psychiatrists and workers are certainly not asked to reduce poverty or increase the cultural levels of the population, there are social macro-determinants on which operators are certainly powerless, and rightly powerless, but there are micro-determinants on which operators have the opportunity to intervene, by micro-social determinants I mean the micro family, economic, social, psychosocial contexts of individual patients which involve possible remedial or improvement interventions. So, I get the impression that operators today are definitely returning to a self-accountability, especially a clinical, biomedical, biopsychomedical one, if we want to play with words, but that basically everyone here, if we were to ask the room here tonight if they thought that social determinants were important in determining psychic and mental disability and in the natural history of mental illness, everyone would say, "of course, yes, we know, we know that being poor is different from being rich, that going to school is different from not going to school, that being a single mother of three children is different compared to being a mother with a family, that is more structured and functional, etc.", we all know this. The issue is not whether we know this, the issue is not whether we are aware of this etiopathogenic role, but whether our services are active and operative in modifying micro-social determinants. My feeling is that maybe it would be worth not saying "damned government!", that is, that services are bad because there is privatization and that there is an erosion of human resources. All these things are absolutely true, and we must be conflictual regarding them and defend the public service and the resources associated with it, but at the same time we must not escape a self-critical reflection that says, "am I really working all-out in the services I am offering?" That famous "complete intervention" to use the famous expression by Carlo Manuali at the time of the reformations in Perugia or the microareas, an invention from Trieste, or in any case all those interventions even outside of Italian psychiatry that are assertive interventions, that have the capacity to change the contexts of patients and their families. I have the impression that psychiatry today is hiding behind the DSM 5 of psychopharmacological techniques, that are usually

of low quality, and psychotherapy techniques, which in most cases are generic psychological aids that are not particularly sophisticated. So, my answer is: this crisis is due to strong cultural responsibilities and to our own cultural regression, which does not mean there are responsibilities that are not ours and that are more linked to politics and policies.

**Mauro Mozzani:** Good evening, Dr Saraceno, I am Mozzani; I want to go back to the problem ‘psychiatry versus social determinants’; in your latest writings which I have read I was very much in agreement with the need to develop networking, with the social aspect and with all the bodies and components surrounding psychiatry. But does this not run the risk of putting mental illness back in parentheses? I know this is a rather provocative question. The second question is whether this historical passage we have seen in recent years, which is characterized by a progressive loss of strength of the ideas and ideals of Law 180, is not also linked to profound social changes that have taken place over the years and that we can no longer frame in that social fabric where Law 180 was born? It was born at a time when there was the opposition of the Communist Party with the Christian Democracy Party, of the Moro kidnapping, followed by the 80s of Craxism and so on. In short, with political, economic and social processes that have now profoundly changed. Now we have legions of young people without jobs or who have temporary work, a profound change in political and social structures, a return to poverty, and mass immigration: do these social aspects not also force us to reflect on the ideas contained in Law 180?

**Benedetto Saraceno:** So, you ask two questions, dear colleague: one, should we put mental illness back in parentheses? No, we can remove or put parentheses as we wish, but the question I ask you is this: “if we remove these parentheses and deal with mental illness, do we really have instruments that are competent and transformative?”. That is, the epistemological solidity of psychiatry was fragile in Husserl’s time, it was fragile in Jaspers’ time, it was fragile in Basaglia’s time, and I don’t get the impression that today the epistemological construction of the DSM 4, 5 or whatever, rather than psychiatric interventions are much more robust on an epistemological level and also on the level of the outcome studies which, alas, always show that 1/3 is better, 1/3 is worse, and 1/3 is the same, and that then whatever you put in the barman’s cocktail basically a third of cocktail drinkers vomit, a third is happy, and for a third it’s as though they haven’t had anything to drink at all. This dramatic stability of outcome and epidemiological studies must make us think about how removing or placing the parentheses is not an ideological operation. I would be happy to remove the parentheses of mental illness, in the sense that Basaglia, not being an anti-psychiatrist, never said that there is no mental illness, he said, ‘I put it in parentheses



because I deal with the sick instead of the sickness', but somehow Basaglia's radicality, unlike that of the English anti-psychiatrists, is not in saying 'mental illness does not exist', which Basaglia never said, but it is in saying that it is psychiatry that perhaps does not exist. It does not exist in the sense that it carries an extremely dubitative, dubious, very unstable, unreliable construct. So, I'm very happy to take away the mental illness parentheses with you, the problem is, «what next?» that is, once we take them away what we do? We're still prescribing psycho-pharmacological drugs like laymen, psychotherapies too, the evidence of which is somewhat doubtful, at the very least, and services that pose the question "where do I put the patient? What do I do with him/her?" So, it's all very well to remove these parentheses, as long as we know what to do. If you, I mean you as a hypothetical operator, have a very clear idea of what to do, it is all very well that you remove the parentheses. With regard to your second reflection on the changed context, I very much agree with this. However, a distinction has to be made, and that is, I agree that we need to think about, for example, the word community, which we abuse by continuing to talk about community services, community intervention. I believe that we should understand what a community is today compared to fifty years ago. I think that very often we have in mind a romantic idea of community, that is, as a well-defined geographical place where there is, as it were, community homogeneity, there is the doctor with a white beard, there is the pharmacy, there is the church, there are the people, there are the young people, the elderly and the workers and this is the community, but this community does not exist, it is an idealized community. What is the community like today in a city such as Naples or Los Angeles? What is a community like today when proximity is much more virtual than geographical between people? There's a nice study done by American sociologists on a huge sample of the population in Los Angeles, starting with this issue: you go to the doctor who tells you that you have a very serious tumour and that you have a few months left to live. This is news that upsets you, that evidently changes everything in your existence. Once you've left this appointment with the doctor, who is the first person you contact? This was basically the central question of the survey, and the impressive response is that more than 80% immediately contact people who are more than 500 kilometres away. So, they don't contact the community, there's no mom, there's no dad, there's no brother, there's no aunt, there's no neighbour, the geographic community does not exist; nobody says, "I'll go home and talk to my Pastor", there is no Pastor, people send an email across the coast in the United States to talk to their sister or friend. This is to say that actually the community today is increasingly virtual and is much less a spatial and physical contiguity, and that changes everything. So, I agree with you that, today, with the tools with which we navigate in the community and in the demand for health or in the topic of suffering, that the

community formulates for us, things are different compared to the times of Franco Basaglia in Trieste. In Trieste, when a patient escaped from the asylum, you would find him at the Inn, the police knew him and re-accompanied him back to the asylum. There was still a contiguous community and somehow it was easier, in some ways, so I share with you that it is not a question of resting on the laurels of the Law 180, which is treated as a magical and virtual object, but I am increasingly convinced, and this comes from 20 years of working in seventy countries of the world in contact with the Arab, Eastern, Chinese, Japanese or Latin American psychiatries, that the question of the social determination of psychic suffering is constantly there. It's always there, and it's constantly there, questioning us. It certainly questions us in different forms, in the sense that probably youth problems have changed their appearance, there are some interesting studies on suicide that show that the suicide profile today compared to that of forty years ago is very much modified. So, I agree with you that it is not a question of celebrating or monumentalizing Basaglia, Trieste and the Law 180; I do not care for this, it is about today. It is a question of looking at what the requirements are, but also at what miserable level psychiatry is at around the world and also quite miserable in many parts of Italy. This is a fact that is there and that we question today. So, I don't consider the question of parentheses provocative, in the sense that it's a good thing to remove these parentheses, in the sense that it's necessary that epistemologies - plural, as Anne Lovell rightly says, who conducted interesting studies and essays on psychoanalytic epistemologies, psychiatric epistemologies, the epistemologies of interventions on disabilities - they are different epistemologies. To the extent that these epistemologies speak, dialog and integrate, we probably also discover new paths that allow us to remove these famous parentheses. I do not know if I have been sufficiently, how can I say, satisfactory in answering these questions, which are extremely challenging.

**Fabio Vanni:** I will return a little to your initial response, because it seems to me that you quite rightly highlight, a tendency, I say this very concisely, to an individualistic technicism, which is also perfectly in tune with what is happening in the world of health in general, not only in psychiatry and mental health. So, since we are thinking and hoping for a shift to a dimension where, let us say, more psychosocial competencies have greater relevance, it seems to me that we are really in a situation of great difficulty, because it is as if, in following this path, which you yourself have denounced a little, I think we're at a dead end. I mean, if we need to focus more on microsocial determinants, we need skills that are a long way from what mainstream psychiatry can do today. Because it seems to me that it is part of a paradigm which is that of current medicine, which unfortunately is increasingly moving towards a, let us say, biocentric direction. You put psy-

chopharmacological intervention and psychotherapeutic interventions on the same level: I would like to point out that the space that psychotherapy has in mental health in Italy is perhaps one in a hundred compared to pharmacological interventions.

**Benedetto Saraceno:** I absolutely agree with you. Let's start with the fact that I have a lot of admiration for an English epidemiologist named Helen Killaspy who has conducted studies that have shown very solidly and convincingly that the increase in new techniques, the increase in services that are specialized in pathologies, clinical conditions, for the natural history of diseases, that is, disease-oriented services, or phase-oriented services - for acuity, for chronic illnesses, for crises, for relapses, for regressions - increasingly specialized services that use progressively newer techniques, do not improve long-term outcomes. In other words, Killaspy concludes, I quote "better a general service that is welcoming, available, open, oriented and capable of listening, oriented toward psychosocial care, than a sophisticated, specialized service, because technicalities are the pathetic mask of impotence." Well, she is not a fierce Basaglian revolutionary, she's an Anglo-Saxon epidemiologist, but she shows that better outcomes happen where there's a service conducted with common sense, intelligence, a general service capable of, you know, navigating all 360 degrees for the demands of the population that is accessing the service, rather than seemingly more sophisticated services. Now surely there is a loss of the sense of care, which depends on the carers because they are more demotivated, because they are more tired, because they are lonelier, because they are more exposed to pressures that are simplistic pressures: "where do I put the patient?". You have to solve the problem at two o'clock in the morning in full Diagnosis and Treatment mode, the police bring you a lot of people, and the poor man who's there has to answer in a way far from an idea of care, but very close to a corporate idea of solving an unpleasant problem. And then the policy makers that are increasingly corporate, increasingly money-driven, have also changed. So we have services that struggle more and more with a little psycho-pharmacological control, a little psychological support, which is sometimes very similar to a pat on the shoulder, a lot of management, and the word says a lot, a lot of case management, that is, problem management, there is no one who takes care of anyone anymore, and the goal is always to find an immediate solution, that is, a culture of "where do I put the patient? What do I do with him/her?" becomes prevalent. So, I don't want to go back to issues that can get boring, but Diagnosis and Treatment are increasingly binding according to the data we have, CPS's (Psycho-social Centers) work less and less hours and more and more with an outpatient logic: doctor's appointment, doctor's appointment. Residential facilities are increasingly dark places

without a plan, with a lot of entertainment but without a plan of life. So these three principles that should be the situation for the acute in the hospital (who are often exposed to a situation of violence) the situation of the so-called territory, a word I hate, where it seems you are going to the dentist, that is, with a clinic that works with a logic that is not that of complete care, caring for the family and the patient, but much more rapidly clinical, and a frightening situation in the residential facilities, in the sense that they are not facilities that have any rehabilitation projects, but they have big entertainment projects - that is, they still have birthday parties with cake, the choir, the patients, patient Maria's birthday today, patient Luigi makes ashtrays out of clay, something that is very far from rehabilitation understood as reconstruction of a social contract with patients. So, let's say that there is an objective situation of regression. So, it seems to me that maybe we can change this, that maybe we could use something that has a lot to do with a mixture of ethical motivation and cultural passion, that is, I have the feeling that there are services that are very devoid of passion and very opaque with respect to ethical concerns.

**Mauro Mozzani:** I shall try to return to this subject. Let's say that perhaps here in Parma, and more generally in the Emilia-Romagna region, we can place ourselves at slightly higher levels than the situation you described (although it is unfortunately very true for various parts of Italy) and the work that we are trying to produce here is to connect the services that are increasingly weak - weak in numbers and in economic investment - with third sector bodies, with voluntary organizations, with community homes, etc. So, trying to maintain our gaze and direction toward paying attention to the fullness of the life of the patient. I believe, and I agree with what you said, that there is a great epistemological crisis in psychiatry: the DSM is no longer mentioned, and we now almost conceal it. We are almost ashamed of it, and it seems to me that no other DSM is currently being prepared. Evidently there is also a lack of thought with regard to biological psychiatry. Of course, giving examples such as the micro-areas, or emphasizing the need for cooperation and motivation on the part of operators, risks being something fragile, something weak, which perhaps needs broader support, which transcends the strictly technical aspect.

**Benedetto Saraceno:** I would like to make two or three points, which may be a little disjointed. First of all, I agree with your remark that the Emilia region is perhaps not well represented by my pessimistic and negative description, in the sense that there is a tradition of Emilian services, a tradition of an average higher quality than the national average, without offending anyone, but it is true. Apropos, Pietro Pellegrini is one of my heroes, in the sense that he is a person I have tremendous admiration for, for his work on the

health budget that is somehow a job that answers many of the questions that I am dealing with and discussing. The whole culture of the health budget is not just an administrative culture, it's a way of imagining smarter, more effective care accoutrements. Yes, I also believe that we have forgotten about the DSM 5 in Italy. Now we should clarify if we are talking only about Italian psychiatry here or a more general crisis. Because when we talk about an epistemological crisis this goes far beyond Italy, the critical reflection that we have today on the DSM began with Thomas Insel, former director of the National Institute of Mental Health in the United States who initially said "I guess maybe this stuff doesn't make much sense", so there is currently a reflection on the fragility of psychiatry that goes beyond Italy, and then I would also like to clarify this for the people who are listening to us, that I am not a connoisseur of the details of Italian psychiatry, that is, there is also a risk that I will say nonsensical things, that I am arrogant in going into too much detail about the situation and the state of the art of Italian services. Know that I haven't lived in Italy for 29 years, so I've been living in another country for almost 29 years, that is, almost 30 years, so I can't gauge the best practices and everyday life that you have among colleagues, but if I were a psychiatrist in Milan, in Rome, in Florence, I would have that. I am a psychiatrist who does not practice psychiatry at the moment, who lives in Geneva. Now these are two elements that somehow fragilize my judgements or opinions on Italian psychiatry. However, it is certainly true that perhaps we need to call for this dialogue among epistemologies. I became fond of that expression by Anne Lovell, because for example, there is a reflection made in the Lacanian field, curiously, on the production of subjectivity and the authorization of the subject, these are reflections that actually have much stronger epistemological and cultural connections than one might suspect with the phenomenological roots of Basaglia's psychiatry. I say this simply because I have been involved in these connections recently, although I am certainly no psychoanalyst, but I have been involved in epistemological aspects of psychoanalysis as well. This is to say that I am convinced that there is a need, both in terms of training operators, and in terms of understanding reality, of understanding the cross-breeding, the cross-fertilization, that is, the mutual fertilization between different disciplines, but it is not just a question of the social worker who is responsible for giving the patient the subsidy, the psychiatrist who does the clinical work, the diagnosis and the therapy, and the psychologist who does the interventions of psychological support; I'm not talking about the cross-fertilization of disciplines, but about a much higher level, which is to try to understand how today all the reflections on, for example, neurodiversity made by the large associations, especially Anglo-Saxon ones, of users, intersect. The whole problem and the debate on mental and non-mental disability, the intersecting of the issue of rights no longer seen as a simple complaint, "In that hospital they do bad things, we will press charges against them", but

today how many psychiatrists, how many operators know about the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities<sup>2</sup> in Italy? And they should know it by heart, it is a compass that guides the way healthcare professionals work in mental disability and physical disability in an extremely progressive way. So it seems to me that psychiatrists today don't navigate these unknown or less known seas of other cultures, those of biomedical orientation, let alone Lacanian ones; they do not even know who he is, those of psychotherapeutic-psychoanalytic orientation are often bad prescribers of a rational use of drugs, the social aspect is often translated into small interventions of economic aid to patients but without a real understanding of what it is to do social intervention for a patient, and so this cross-fertilization, I repeat this term, between different disciplines, between epistemologies, would help us a lot. You said, "but we need something that is not just a technical solicitation," yes, if a technician means something very practical, and if by solicitation we mean a cultural, moral, cognitive, important solicitation that comes from different disciplines, this I think would be very useful, very necessary. I have the impression that there is not much permeability of cultures at this time in Italian psychiatry, everyone is holding their own and there is now a defence that risks being almost a corporate defence of «We are psychologists with a psychoanalytic psychodynamic orientation. We are the psychiatrists who use medications or who use I don't know what, the residential facilities». All of these become small technologies, but which are not part of a great project and a great plan to free psychiatry from its tradition of protection that denies emancipation, that is to say in some way dominant-dominated, for a psychiatry that is closer to the culture of recovery.

**Fabio Vanni:** It seems that we might agree that this cross-breeding or this cross-fertilization of various perspectives is necessary. It also seems to me that perhaps we could start from words, we are in a culture of care that has made the crisis 'acuity', a human subject in need a 'sick person', the places for listening and care 'clinics', so I wonder if we could start from this. I'm very afraid that if we expect psychiatry alone to make a transformation that so radically questions its roots, we can't go much further, while I think that if we can make progress, it is due to giving space and legitimacy to other cultures. Because, of course, if we stick to a logic - which is very prevalent in healthcare, at least in our country, but I think not only - it seems difficult to me that we then expect to deal with the psychosocial and that we have the skills to understand the social determinants of disease. This is not even part of the formative culture of new psychiatrists and paediatric and

---

<sup>2</sup> <https://pniinclusione21-27.lavoro.gov.it/sites/default/files/2023-10/Convenzione%20ONU.pdf>

adolescent neuropsychiatrists. So, I wonder if there is a need to think that mental health is not just to be dealt with by psychiatrists, or even Mental Health Services, but that it is a community issue. Of course it is a term that needs to be redefined, but I am referring here to a community of an at least broader professional nature than psychiatry. I am also addressing the issue of the public-private relationship here. In any case, I believe that the prevailing idea is that of a public service which has the capacity to intervene in people's mental problems, which it somehow ignores and fails to keep in a network of equal and dignified collaboration, a whole world of healthcare professionals, both private and social private, could lend a more authoritative hand in this. It's kind of like saying, «I can't do it, but I won't use you, or if I use you, I use you within my logic.» Among other things, there are constitutional rules in Italy which would invite us to consider the aspects of horizontal and vertical subsidiarity as a fundamental dimension of the issue of care. So, I wonder if there is a need for a major difference because I actually found your description of how services work very much in line with the reality I know. So, I wanted to reassure you that your time away for 29 years does not seem to me to have distanced you from understanding our country. I generally found myself very much in what you said, but then, we really have to make a transition: if Basaglia did not put mental illness in parentheses, but thought he had to deal with, as you say, the sick, I say of the subject, could this be a path that unites different disciplinary and epistemological perspectives, giving the word subject a meaning of social subject, of person inside a micro and macro community?

**Benedetto Saraceno:** You touch on enormous themes and overestimate my ability to say sensible and intelligent things. So, I'll try to say things that perhaps are not at the level of complexity of the questions you raise, but firstly, I certainly believe that today we need to reconsider the meeting between the person providing the care and the person receiving it, that is, between a supposedly knowing subject, or in any case a subject that is institutionally supposed to provide care, and a subject undergoing treatment. I think one of the vaccinations to prevent this meeting from becoming toxic is the guarantee of the presence of a third party. By 'third party' I don't mean that there is a third person in the room, but the third party understood as the context of the community, that is, the community as a place where the trivial lives of people, the experiences of self-care, of affections, desires and social roles intersect. This is the presence of this banality of everyday life within the encounter between the treatment provider-person needing treatment. It is a strong guarantee that this meeting does not self-isolate from a daily unreality but remains in daily reality. This presence of a third party, the community, you said a professional community, this too, but not only. We have to understand what we mean by professional; it can also be a cooperative community

in the area that makes wine, or the parish priest's cooperative that organizes football games, or the Union that organizes whatever, in other words, a community, understood as all those community and social bodies whose presence in the treatment provider-person needing treatment encounter. It is an enrichment and a guarantee that this meeting will not take place somewhere too separate, too, as it were, isolated from reality. What I call the presence of a third party, then anyone can give a name to this third party. Third party can be a community of other professionals, it can be a community of other subjects, it can be a community made by the community, it can be a community of peers, for example, users themselves, which we always talk little about because in Italy we talk a lot about families but very little about users in terms of empowering them. The second problem is perhaps also opening up a serious discussion about this word "care", because if the word therapy somehow does not satisfy us or does not fully satisfy us, the idea of care is certainly a broader idea. But even here, it's a polysemic term that is a little overused. I recommend reading feminist literature in order to understand what care is. There are texts by Martha Nussbaum, for example, or Joan Tronto, who are great feminist leaders, American feminist philosophers who somehow explain from a feminine and feminist point of view what is meant by care, which is a strange, mysterious and magical potion where public and private meet. Not public and private in the sense of public and private institutions, but the private dimension of the intimacy of care, in fact often it is the family who take care, care as a combination of gestures of intimacy, kindness, acceptance, of respect that is carried out on the body or mind of the person who is vulnerable and fragile at that time. But this very private intimacy is constantly intertwined with the idea that care is being provided, not out of pity, but by right, and therefore intersects with institutional dimensions where there are operators who have knowledge, so there's an operator who has knowledge and then there's knowledge from the family member's experience, and care is the very complex result of this interaction between different dimensions. I think there's a lot of talk about care, but little or no thought is given to what we mean by the term care. Finally, regarding the public-private issue that you raise, this time public-private not in the sense of intimacy versus professional, family versus other, but in the institutional sense of public, public service, and private, that is, the private professional who lives in your home, or the NGO or the cooperative that provides services to the public. But I believe that public service is destined to end; we have to believe otherwise; it's all well and good that we defend it as a moral point, and I will defend it to the death, but it is a lost battle. The public service in Italy is becoming more private every day. So, if there is a concern that a public patient cannot benefit from healthcare services that come from the private culture, it is not a concern; there will be far too many private services. I am convinced that in ten years' time only very poor people will be using the pub-



lic health service. People who have minimum economic resources will be using the private services that are affiliated with it. Also, because then this whole world of social private...., forty years ago social private was private that was in some way social, that is, ethical. Today, what is called social private is a strongly business-oriented private; that is, in Lombardy, private social services provide on-demand night shift workers to cover shifts in nighttime Psychiatric Services. So, the public pays these private individuals, they pay them ten times more than the public professionals, so those who work 38 hours a week in public service earn in a month what these on demand workers do in three nights in Milan. I am convinced that private will be the master and that then there will be a cynical private, there will be a competent private, there will be a less competent private, it will be a market, it will be a free market where you buy services. Then you will buy the services of a good psychotherapist or the services of a not so good psychotherapist, you will buy on-call doctors, you will buy services, you will buy a lot of rehabilitation and then give them playdough and clay for activities and so on because the private is winning over the public. Perhaps you Emilians do not realize this because you are still in a region that deserves credit, and that must be honoured, but I say this with seriousness and with great respect, because for you the public service is still something sacred, in short, it is fighting for itself; but look, it is not like this in most parts of the country, in most parts of the country the private service is dominant. Among other things, at present the Lombardy Region spends more cofinancing private hospital facilities and private services than it spends on the public, so this concern of an injection of private into the public sector has no reason to exist. The problem will be in guaranteeing the quality of this injection, that is, it should not be a deadly injection, but a good injection, a vitamin shot, but institutionally it's a lost battle for people like me, who are old, who thought that the universal service of Law 833 was something sacred and iconic. Well, it's a lost battle.

**Fabio Vanni:** I completely agree with you on this prediction. But my concern was not whether the private enters or not, I have a problem with accessibility and therefore fairness and therefore actually the fact that this brings a whole series of problems for those who cannot afford to choose. What I wonder is whether it would be conceivable for the public to recover a function of government and not simply of procurement, of real coordination, and not simply of being a provider of services that are in competition with the private sector, it seems to me that there is not even a great deal of thought about this in Emilia Romagna, nor perhaps elsewhere.

**Benedetto Saraceno:** Yes, I can only agree with you, I have nothing to add, it is so, it is indeed so, but at the moment it seems optimistic to think

that the public has a capacity for government, the public has a capacity for nothing at the moment. It does not govern anything, or it governs poorly, in the opposite sense of good governance, and therefore in my opinion this flow of human and cultural resources from the private sector to the public sector will be unstoppable and of course it will be a flow that contains all sorts: it will contain parts that are qualitatively interesting and parts that are qualitatively very poor. In short, I believe that today, even this private social sector, which fifty years ago was what the user cooperative was doing, which was a good thing, was considered a positive moment in which a private culture, that of the cooperative, provided intelligent and useful weapons to the culture of the public sector. I think that today it is a bit of an illusion and I think that much of this private social sector is quite different; I am perhaps skewed by the fact that being of Milanese origin and maintaining friendships and relations more in Lombardy than in other Italian regions, I'm aware of real money-trafficking situations, which means there are cooperatives that are just places where you recruit unhappy public doctors, disgruntled public psychologists, social workers and slowly also nurses who are resold in agreement to regional authorities and there is a transaction that is purely economic and financial to the detriment of the public, who then disgraced, is like the Japanese who believed that the second World War was not yet over and remained in the trenches. It will be interesting to see who will be the last psychiatrist in Lombardy who will continue to fight to work in a public service rather than as a freelancer on demand, but these are more, as it were, low-policy considerations that I do not want to dwell on.

**Fabio Vanni:** I believe that now, before giving the floor my colleagues who are present in the room and who can start to think about any questions they may have, I would like to point out to you that there are in fact also some private social realities which have, which are trying to have, a perspective that is attentive to ethical aspects. There is, for example, a social psychotherapy network that includes thousands of professionals who try to work in a careful way, not only of course on the economic side because otherwise you cannot survive, but also on the quality of what is done, on the collaboration with the public service, etc. But of course, I realize that the whole system proposes a deterioration at all levels and therefore also in this area, which should be an emblem of ethics.

**Lelio Pallini:**<sup>3</sup> Hello. I am the President of the Progetto Itaca Parma

---

<sup>3</sup> Lelio Pallini, President of the Association Progetto Itaca Parma ODV [voluntary organization].

Association. I wanted to refer to a point that was just touched on by Professor Saraceno, but which I consider very important, that is, the question is this: what is being done at an educational level, at the level of university courses, to guide psychiatric specialization courses to the concepts and guidelines that Professor Saraceno has outlined? I make a confession, sometimes I have wondered whether medical school is the right place for a psychiatry specialization, and perhaps it would be better to devise an independent faculty, which is neither medicine nor psychology, nor anything else. It's a strange idea that came to me, but there may be something useful in that, thank you.

**Benedetto Saraceno:** I would like to respond immediately because I am very much stimulated by your reflection. Well, I like the idea of a “mental health faculty”, where you teach psychiatry, psychology and so on, but you call it the Mental Health Faculty, but that's just my consideration, mostly a dream. There is a very, very deep-rooted Italian tradition whose motivations have never been well analysed, and I would not be able to provide a particularly intelligent or competent analysis of this today, but in Italy, the great innovation in psychiatry has been made by the hospital world, and not academia, and I don't just think of Basaglia going to an asylum in Gorizia, in Trieste, in Parma, but I also think of all the most interesting experiences in Italy in Arezzo, Perugia, Ferrara, and I am thinking of the good quality services that were set up in Parma, Bologna, Piacenza at the time of Mistura, in Reggio Emilia at the time of Asioli. The tradition of good quality psychiatry is a non-academic tradition, rare are the Italian medical faculties that have put together the training of their students - medical students trained in psychiatry and psychiatry residents - who have put together academia and service innovation. Michele Tansella did it in Verona when he was alive, and today Verona continues to be a particularly lively and interesting location, but, let's remember, that all the psychiatry professors in the medical faculties of our country, where not part of the innovation and the reform.

Innovative thoughts came from hospitals, from the practice in hospitals. Even the innovative theoretical thoughts in interesting and intelligent bibliographies of the last thirty years of Italian psychiatry, you will find little in the field of reflection that we are doing today that comes from the world of university academia. Ninety-nine per cent came from the world of reflection of hospital workers or private professionals, psychoanalysts, psychotherapists, who wrote about it. So certainly, to your question of whether the university world today is fit and capable of training for the concepts and things that we are talking about this evening, the answer is that it never was and will continue not to be. Then this idea of imagining that there is a faculty that combines these skills and is different, and not

medical, is an interesting hypothesis that I think should be explored, I cannot weigh in on this issue, however, it is certainly true that innovative Italian psychiatric thought is not university-based.

**Fabio Vanni:** It is a beautiful utopia, and I find it a very interesting topic, because it is clear that if we continue to carry out training like the one we have at present, we can hardly expect innovation like the one Professor Saraceno has mentioned.

**Marco Ingresso<sup>4</sup>:** I believe that we are in an era in which, in any case, space has been opened up, before thought and in part also action, after the pandemic, this cathartic event which certainly stirred the waters. At the moment, the pandemic seems to be absorbed by other, even more catastrophic events, but these also pose problems for us, that is to say, we are in a world that is out of control for various respects and that needs to be restructured and rethought. So, I wonder if it is possible to fit into this fissure, into this wound of our world, with the themes that have been touched upon but that must be discussed together, in my opinion. The theme of care, where the new idea in my opinion is that care cannot be carried out only by individual professions, but you must address the complexity of an individual, be it mental health, be it physical health, be it health tout court. You have to face it with a set of visions, with a set of ways in which you can bring together different competences, confront them, try to generate a new thought, so I see care that is veering toward complexity and collaboration at the same time, it is transdisciplinary, so to speak. Then there is the issue of community, which has been touched upon, and rightly so. Of course, we are starting from a kind of desert of difficulties, of very strong individualization, but I also believe that, on the one hand, the situation in Italy is different and specific in the various settings, and that the situation in the United States, for example, which has been mentioned, is not the same. I believe that there are still frameworks in the Italian situation, as the presence of the not-for-profit sector in Italy shows, but in any case, we can act under different plans to try to restructure and rebuild through the local institutions involved, for example, in the new Community Facilities. The charity sector can also be redirected toward a neighbourhood dimension, toward a dimension of everyday life. So, I liked the idea that Saraceno proposed of the community as a third party, as a third presence that, enters daily life, doing things that perhaps are needed in a micro way, but it is present with a different view on situ-

---

<sup>4</sup> Marco Ingresso, sociologist of health and care, former full professor at the University of Ferrara.

ations. Then there is the theme of health that until now has been considered less, thinking about health not simply as individual risk, but health as reconstruction and regeneration of collective environments. Today there is also the theme, within health actually, of climate, but more generally of living beings, of complexity, ecology, One Health, so there too there is something to talk about. So by acting on this three-pronged path of complex and collaborative care and community, which is trying to rebuild through the presence of new attempts to work on various micro aspects of the situation, and health as regeneration of social well-being and attention to the new ecological dimensions of the city; I believe that by acting on these three paths together, something can be opened up, something can be thought of in order to rebuild. It is an attempt, and I believe that, for example, these new perspectives regarding Community Facilities, if they go in this direction, they open up, if instead they remain only as medical centres, then we are still in a regressive situation that will not open up new spaces. I don't know what you think about this...

**Benedetto Saraceno:** I agree with everything you have said, I am very much in tune not only with the things you say, but with the language you use, with the references, how to say, the words you use; they are in tune, so I do not know, I can only applaud what you say, with just one additional reflection, that you speak of care, community and health, I like this tripod, care with all the necessary reflection in order to question today what we mean by care, and I reiterate my recommendation for careful reading of the notion of care from more cultured Anglo-Saxon feminism. The idea of community, that is, the idea not only of the community as a third party, but also a re-interpretation of what community is, that is, the difference between geographic and virtual communities, and then this idea of health, which is an old WHO idea, that is, health is not just the absence of disease to say something very obvious and well-known. However, I would add to this tripod, to this stool with three legs, a fourth dimension, which is that of rights. I think that today more than fifty years ago, the notion of rights has become strained in the culture of what health is, what medicine is, what therapy is, what a hospital is. I'm not just talking about psychiatry; I'm talking about medicine in general. In other words, the culture of rights has become a predominant element in many of these debates and, I repeat, I recommend that everyone read the United Nations Convention on Disability ratified by Italy, where ratified means signed, means that a country says "I agree", ratified means that a parliament adopts that convention that becomes a law for Italy, so the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities is a law in Italy. Now, why do I recommend that you read it carefully, because it is interesting, it is a text that has not been written by the usual suspects, that is, it is a text that does not arise

from the culture of psychiatry, not even a progressive, innovative, democratic psychiatry, no, it is a text that arises from the curious interaction between legal cultures that have strongly influenced the drafting of the convention, and users. Users in this case, contrary to what happens often in Italy where the users are simply actors of politically correct screenplays - that is, you go to a congress and there is always a user that anything he/she says is applauded enthusiastically so we solved the problem of users, but when it comes to user power, it's a whole different matter. Well, in the case of the drafting of the convention, the user associations have had power, they have had power, and they have written, they have challenged, they have changed the articles, and still today, in the various institutions that govern the application and implementation of this convention, user associations are vigilant vigilantes. It's very interesting because the language in which it is written is a language that is not ours. Ours, even if we put all the most innovative and open psychiatrists you can imagine into it, it's still a different thing, it's a different culture, all new. Well, those articles, Article 12, 15, 19, they are the articles closest to mental health issues, they are very, very innovative, very transformative, they are globally accepted because they are ratified by 194 members of the United Nations. There are two countries that never ratify international conventions by political decision, which are the United States and Israel, but with these two countries, it's not because of the specific content of this convention, but because they say that conventions can force them to change national laws that are sacred, while those who accept international conventions say, "these conventions are the result of an international consensus and we therefore accept that they enter national legislation, even with the power to amend it." Well, read them, they are important, one because progressively and increasingly it will happen that doctors, psychiatrists, services, and administrators will be sued in international courts by someone who wants to start suing someone else. There are already the first cases of hospitals cited to be sued by user associations. So, there will still be an evolution in the implementation of this convention, but I recommend reading it because I think it adds to the tripod of the person speaking before me, that tripod that I really like, care, community and health. It adds this fourth element, which is that of rights, which at the moment, apart from rhetoric on human rights, is represented in a very specific, technical, operational and practical way by the text of that convention that concerns us, which concerns you very closely.

**Fabio Vanni:** Thank you. That seems to me to be an appropriate point. I would like to add one final point that I take home from this meeting, namely that we might need to find a new utopia that gathers the four points that you have mentioned together. I feel the strength and value that Law

180 has had for many years in mental health, but it seems to me that today, perhaps, it requires that we imagine a somewhat innovative horizon. From this point of view, I think we must prioritize children and adolescents because it seems to me that if there is anyone we should take particular care of, from this point of view, it is this target population, to use an economic term. Even if we do not take what emerges from the current literature literally, the difficult conditions of childhood and adolescence, certainly accentuated by the pandemic, but undoubtedly present well before then, are particularly worrying. Since this is, without rhetoric, our future, I think that this deserves special attention. Why do I say this? Because in the budgets of the mental health departments in our country, the number of resources allocated to the childhood-adolescence area rarely exceeds 20-25% of the budget, which means most of the spending is spent on adults. This is an element of inattention and a lack of foresight which I think is very serious.

**Benedetto Saraceno:** If I may make a very final comment on this last consideration, when I headed the World Health Organization's Department of Mental Health and Substance Abuse for 15 years, I had fifty officials on my staff. There were fifty people of twenty-four different nationalities, from Russians to Malays to Brazilians, they were part of my small army. The salary made available by the WHO for a role of a child neuropsychiatrist was one, that is, of fifty workers one had knowledge of mental health in childhood and adolescence. Since the age pyramids in the countries that the World Health Organisation is primarily concerned with - because the World Health Organisation does not advise the German, English, American and Italian governments, but it does advise those of Mozambique and Yemen, of Sri Lanka and Honduras - and the age pyramids in those countries are highly unbalanced pyramids in favour of children and adolescents. This total distraction is serious and this lack of interest in the mental health of children and adolescents, we find it in all countries, and we also find it, as you rightly state, in Italy. I am convinced that what you say is very important and I believe that today most of the mental health of children and adolescents is dealt with by paediatricians rather than us psychiatrists, and or by schools, teachers, or even the school psychologist, but in short, of figures who are not the public figures of the health system. I believe that your appeal is indeed an important one, in the sense that not only has the Covid issue shown us the discomfort of young people, but also, in Italy, the population of troubled young people and adolescents is now increasing. Juvenile sui-

cides are on the increase, but not only are human resources increasing to meet these needs, but also culture, in the sense that there is no great emphasis in speciality schools etc., on education for Child and Adolescence Mental Health, which I think, I believe, is crucial.

**Fabio Vanni:** If there are no other comments and considerations, I really would like to thank Professor Saraceno and, of course, Mauro Mozzani and the guests present. I believe that we have managed to take stock of the situation a little. It is certainly not very comforting, we did put into practice worrying words, but perhaps a few seeds of chance and hope were also sown. Thank you so much!

**Benedetto Saraceno:** Thank you and thanks for having me.

---

Conflict of interests: the authors declare no potential conflict of interests.

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received: 22 June 2024.

Accepted: 24 June 2024.

Editor's note: all claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, editors and reviewers, or any third party mentioned. Any materials (and their original source) used to support the authors' opinions are not guaranteed or endorsed by the publisher.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

*Ricerca Psicoanalitica* 2024; XXXV:937

doi:10.4081/rp.2024.937

*This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.*



## All'incrocio tra l'intimo delle storie di ciascuno e i luoghi pubblici che abitiamo. Un dialogo con Benedetto Saraceno Parma, 13 maggio 2024

Fabio Vanni,\* Maro Mozzani\*\*

La conversazione, che viene qui riportata assai fedelmente, è avvenuta il 13 maggio 2024 in forma mista (online e in presenza) come evento organizzato dall'Associazione 'Progetto Sum ETS' e dall'Associazione 'Progetto Itaca Parma ODV' e viene pubblicata su Ricerca Psicoanalitica con il consenso dei partecipanti, che ringraziamo, e del dott. Saraceno che anche in questo ha mostrato la sua disponibilità e generosità.

**Fabio Vanni:** Buonasera a tutti e benvenuto al dott. Saraceno. Avvierei questo dialogo con il dott. Mozzani ed il sottoscritto con una domanda-bilancio per certi aspetti quasi ovvia:

“A che punto siamo con la salute mentale oggi in Italia?” Visto che sono passati molti anni, oramai siamo vicini al mezzo secolo, dall'approvazione della legge 180 e sappiamo quanti elementi di criticità, sia più complessivamente sul tema della salute, ma in particolare sulla salute mentale oggi, si addensano e sono presenti in questo ambito, credo che un suo parere ci potrebbe ben introdurre nel cuore del tema.

**Benedetto Saraceno:**<sup>1</sup> Buonasera a tutti, e prima di rispondere alla domanda del collega Vanni vorrei ringraziare i colleghi che mi hanno invitato a questo dialogo e a tutte le organizzazioni che sono dietro a questo evento di

---

\*Direttore di Ricerca Psicoanalitica, presidente di 'Progetto Sum ETS' e della 'Rete per la psicoterapia sociale', Italia. E-mail: fabiovanni@progettosum.org

\*\*Psichiatra, responsabile UOC Psichiatria Distretto di Fidenza – PR. Psicoterapeuta, aderente 'Progetto Sum ETS', Italia. E-mail: mozzanimauro8@gmail.com

<sup>1</sup> Benedetto Saraceno, psichiatra e esperto di sanità pubblica. Ha lavorato con Basaglia e Rotelli a Trieste. In seguito ha diretto il Laboratorio di Epidemiologia e Psichiatria Sociale dell'Istituto Mario Negri a Milano. Per molti anni ha diretto il Dipartimento di Salute Mentale e Abuso di Sostanze dell'Organizzazione Mondiale della Salute a Ginevra.

questa sera. La prima domanda che formula necessita di una risposta un po' articolata. "A che punto siamo? Dove siamo?", siamo sempre meglio del resto del mondo. Cioè, in altre parole, con tutte le critiche e le riserve che si possono avere sulla situazione declinante della qualità dei servizi di salute mentale in Italia, da alcuni anni, comparando questi servizi, anche quelli medi o non particolarmente virtuosi, con i servizi medi e non particolarmente virtuosi del resto del mondo, e non sto pensando ai paesi a basso reddito ma anche ai paesi occidentali ad alto reddito, siamo ancora sostanzialmente i primi della classe. Questa è la buona notizia, la cattiva notizia è che stiamo molto peggio di dieci anni fa o di quindici anni fa o di venti anni fa, cioè le conquiste che furono fatte a partire dalla 180 ci hanno dato, come dire, un vantaggio incredibile in questa corsa in bicicletta, per cui anche se continuiamo a perdere chilometri su chilometri siamo sempre in testa, ma dobbiamo sapere che siamo in una situazione di forte declino e di chilometri ne perdiamo ogni giorno una grossa quantità. Quindi la risposta è: stiamo bene relativamente agli altri, ma stiamo male relativamente a noi stessi.

**Fabio Vanni:** Sarebbe utile allora se potessimo cominciare a dire qualcosa sulle ragioni di questo declino e magari anche su che direzione si potrebbe prendere per invertire questa tendenza che, indubbiamente, non ci terrà sempre al primo posto, ma non perché sia una gara, ma perché la qualità della cura interessa a tutti.

**Benedetto Saraceno:** Io credo che ci sia una risposta che trova facilmente il consenso di tutti perché trova un colpevole fuori di noi, cioè se la risposta è che i governi cattivi hanno male gestito questo patrimonio culturale della 180, questa grande riforma, che le regioni, le regioni meno virtuose, quelle un po' più virtuose, quelle pessime o quelle ottime... la colpa è dei Policy Makers, dei Policy Makers locali, dei Policy Makers regionali e del clima culturale politico generale regressivo, e che soprattutto erode il sistema sanitario pubblico ben oltre la psichiatria. Tutto questo che sto dicendo è vero, però secondo me rischia di essere un po' un fattore di confondimento rispetto alle responsabilità che hanno gli operatori della salute mentale, perché rispondere che c'è una crisi perché il governo è cattivo, per il malgoverno delle regioni, eccetera eccetera, è una risposta parziale che in qualche modo non rende ragione di una involuzione culturale; involuzione culturale degli operatori. Uno potrebbe dire che questa involuzione è legata a un'involuzione generale delle politiche e che quindi sono le

politiche ancora che hanno motivato le demotivazioni progressive, la privatizzazione progressiva dei servizi... si può dire quello che si vuole, però io credo che certamente gli operatori di salute mentale oggi stanno tornando a un atteggiamento di tipo prestazionistico più che di cura. L'atteggiamento degli operatori è di riconoscere sul piano eziopatogenetico il peso, l'importanza, l'impatto, il rilievo dei cosiddetti determinanti sociali, ma tale riconoscimento è un riconoscimento accademico, non si traduce poi in un intervento sui determinanti sociali. Anche qui c'è una scusa che viene utilizzata molto spesso dagli operatori della salute mentale che dicono che "Sui determinanti sociali noi non ci possiamo fare niente", che se uno va a guardare dei testi classici di sanità pubblica i determinanti sociali sono la povertà, i conflitti, la guerra, la disoccupazione, le differenze di genere, i livelli culturali della popolazione, e uno dice "Vabbè, io cosa posso farci? io sono un operatore del tal servizio e non potrò mica cambiare questi determinanti sociali". Certamente non si chiede agli psichiatri o agli operatori di diminuire la povertà o di aumentare i livelli culturali della popolazione; esistono macro determinanti sociali su cui certamente gli operatori sono impotenti, giustamente sono impotenti, ma esistono dei micro determinanti sociali su cui invece gli operatori hanno possibilità di intervenire, intendo come micro determinanti sociali i contesti micro familiari, economici, sociali, psicosociali dei singoli pazienti che comportano possibili interventi di correzione o di miglioramento. Ecco, ho l'impressione che gli operatori oggi stanno molto ritornando a un'autoresponsabilizzazione eminentemente clinica, biomedica, biopsicomedita se vogliamo giocare con le parole, però che sostanzialmente se noi chiedessimo alla sala che abbiamo qui stasera se ritengono che i determinanti sociali abbiano un'importanza nella determinazione della disabilità psichica e mentale e nella storia naturale della malattia mentale, il coro risponderebbe: "Certo che sì, lo sappiamo, sappiamo che essere poveri è diverso che essere ricchi, che essere andati a scuola è diverso che non essere andati a scuola, che essere una madre single di tre bambini è diverso che essere una madre con una famiglia, come dire, strutturata e funzionale, etc.", tutti lo sappiamo, la domanda non è se lo sappiamo, la domanda non è se siamo consapevoli di questo ruolo eziopatogenetico, ma se i nostri servizi sono operanti e attivi nella modificazione dei determinanti micro sociali. La mia sensazione è che forse varrebbe la pena di smetterla di dire che "Piove, governo ladro", cioè che i servizi vanno male perché c'è la privatizzazione, c'è l'erosione delle risorse umane, tutte cose assolutamente vere e su cui bisogna essere conflittivi e difendere il servizio pubblico e le risorse ad esso connesse, ma nello stesso tempo non bisogna sfuggire a una riflessione autocritica che dice "Ma io nel mio servizio, davvero sto operando a tutto campo?" Quel famoso intervento totale che usava Carlo Manuali ai tempi dell'esperienza di Perugia o le microaree di invenzione triestina, o comunque tutti quegli interventi anche fuori dalla

psichiatria italiana che sono degli *assertive intervention* che hanno una capacità di modificare i contesti dei pazienti e delle loro famiglie. Io ho l'impressione che oggi la psichiatria si stia ritrincerando dietro il DSM 5 delle tecniche psicofarmacologiche, di solito di bassa qualità, e delle tecniche psicoterapiche che nella maggioranza dei casi sono dei generici supporti psicologici, non particolarmente sofisticati. Allora la mia risposta è: dobbiamo questa crisi a delle forti responsabilità culturali e a una involuzione culturale nostra, che non toglie vi siano responsabilità non nostre ma più legate alla politica e alle politiche.

**Mauro Mozzani:** Salve dottor Saraceno, sono Mozzani; ritorno alla problematica 'psichiatria versus determinanti sociali'; nelle ultime cose che lei ha scritto e che mi è capitato di leggere mi sono trovato molto d'accordo con la necessità di sviluppare un lavoro di rete, con il sociale e con tutti gli enti e le componenti che circondano la psichiatria. In questo modo però non si corre il rischio di rimettere la malattia mentale fra parentesi? È una domanda un po' provocatoria, mi rendo conto. La seconda domanda è se questo passaggio storico cui assistiamo in questi anni e che è caratterizzato da una progressiva perdita di forza delle idee e degli ideali della 180, non sia anche legato a modificazioni sociali profonde avvenute negli anni e che non riusciamo più ad inquadrare in quel tessuto sociale dove la 180 è nata? È nata in un momento dove c'era la contrapposizione del Partito Comunista con la Democrazia Cristiana, del rapimento Moro, seguito poi dagli anni 80 del Craxismo e così via. Insomma, con processi politici, economici e sociali che adesso sono profondamente cambiati. Adesso abbiamo legioni di giovani precari senza lavoro, un profondo cambiamento degli assetti politici e sociali, una povertà di ritorno, una immigrazione di massa: tutto questo aspetto sociale non ci costringe anche a una riflessione attorno a quelle idee che la 180 conteneva?

**Benedetto Saraceno:** Allora lei formula due domande, collega: una, dobbiamo rimettere la malattia mentale fra parentesi? no, possiamo togliere o mettere le parentesi come vogliamo, la domanda che formulo io invece a voi è: se togliamo questa parentesi e ci occupiamo della malattia mentale, abbiamo una strumentazione davvero capace e trasformativa? Cioè, la solidità epistemologica della psichiatria era fragile ai tempi di Husserl, era fragile ai tempi di Jaspers, era fragile ai tempi di Basaglia, non ho l'impressione che oggi la costruzione epistemologica del DSM 4, 5 o quello che è, piuttosto che degli interventi psichiatrici sia molto più solida sul piano epistemologico e sul piano anche degli studi di esito che fanno ahimè sempre vedere che un terzo sta meglio, un terzo sta peggio, e un terzo sta uguale, e che quindi poi qualunque cosa si metta nel cocktail del barman sostanzialmente un terzo dei bevitori del cocktail vomita, un terzo è felice un terzo è come se non avesse

bevuto niente. Questa, come dire, drammatica stabilità degli studi di outcome ed epidemiologici ci deve fare riflettere su come togliere o mettere la parentesi non è una operazione ideologica. Io sarei felice di togliere la parentesi della malattia mentale, nel senso che Basaglia, non essendo un antipsichiatra, non ha mai detto che non esiste la malattia mentale, ha detto 'la metto fra parentesi perché mi occupo del malato invece che della malattia', però in qualche modo la radicalità di Basaglia diversamente da quella degli antipsichiatri inglesi non è nel dire 'la malattia mentale non esiste', cosa che Basaglia non ha mai detto, ma è nel dire che è la psichiatria che forse non esiste, non esiste nel senso che è portatrice di un costruito estremamente dubitativo, dubbioso, molto instabile, poco affidabile. Quindi io sono felicissimo di togliere insieme a lei la parentesi alla malattia mentale, il problema è "What Next?", cioè, una volta tolta poi che cosa facciamo, siamo sempre lì a fare prescrizioni psicofarmacologiche da bar, psicoterapie così, le cui evidenze sono in qualche modo dubitative, perlomeno, e dei servizi che poi il problema che si pongono è "dove lo metto? cosa ne faccio?". Quindi, va benissimo togliere questa parentesi, basta sapere poi che cosa fare. Se lei, dico lei ipotetico operatore, ha le idee molto chiare sul che fare, va benissimo che tolga la parentesi. Quanto alla sua seconda riflessione, che condivido molto, sul contesto che è cambiato, però bisogna fare un distinguo, cioè, io sono d'accordo che bisogna riflettere per esempio sulla parola comunità, di cui noi abusiamo continuando a parlare di servizi nella comunità, intervento nella comunità. Io credo che bisognerebbe capire che cosa è oggi una comunità rispetto a cinquanta anni fa. Io penso che molto spesso abbiamo in mente una idea romantica di comunità, cioè come di un luogo geografico ben definito dove c'è una, come dire, omogeneità comunitaria, c'è il medico con la barba bianca, c'è la farmacia, c'è la chiesa, ci sono le persone, ci sono i giovani, i vecchi e i lavoratori e questa è la comunità, ma questa comunità non esiste, è una comunità del Mulino Bianco, qual è la comunità oggi in una città come Napoli o come Los Angeles? Qual è una comunità oggi quando sono molto più virtuali che geografiche le vicinanze fra le persone? C'è un bello studio fatto da dei sociologi americani, che fanno vedere su un campione gigantesco di popolazione, appunto di Los Angeles a partire da una domanda: vai dal medico che ti dice che hai un gravissimo tumore e che hai di fronte pochi mesi di vita. Questa è una notizia che ti sconvolge, che evidentemente cambia tutto nella tua esistenza. Uscito da questo incontro col medico, chi è la prima persona che contatti? Questa era fondamentale la domanda centrale della survey, e la risposta impressionante è che più dell'80% contatta immediatamente persone che sono a più di 500 km di distanza. Cioè non contatta la comunità, non c'è la mamma, il papà, il fratello, la zia, il vicino, la comunità geografica non esiste; nessuno dice 'vado a casa e parlo con Don Peppino', non c'è nessun Don Peppino, la gente manda un'email dall'altra parte della costa negli Stati Uniti per parlare con la sorel-

la, con l'amico o con l'amica. Questo per dire che effettivamente la comunità oggi è sempre più virtuale ed è molto meno una contiguità spaziale e fisica, e questo cambia tutto. Quindi sono d'accordo con lei che oggi gli strumenti con cui noi navighiamo nella comunità e nella domanda di salute o nella domanda di sofferenza, che la comunità ci formula, le cose sono diverse dai tempi di Franco Basaglia a Trieste. A Trieste, quando scappava un paziente dal manicomio, lo si trovava all'osteria, la polizia lo conosceva e lo riaccomagnava, cioè c'era ancora una comunità contigua e in qualche modo era più facile, per certi versi, quindi condivido con lei che non si tratta mica di riposare sugli allori di una 180 che è poi un oggetto magico e virtuale. Però io sono convinto sempre di più, e questo mi viene da vent'anni di lavoro in settanta paesi del mondo a contatto con le psichiatrie arabe o orientali o cinesi o giapponesi o dell'America Latina, che però la questione della determinazione sociale della sofferenza psichica è sempre lì. È sempre lì, ed è sempre lì che ci interroga. Certamente ci interroga in forme diverse, nel senso che probabilmente il disagio giovanile ha cambiato aspetto, ci sono degli studi interessanti sul suicidio che fanno vedere che il profilo suicidario oggi comparato con quello di quarant'anni fa è molto modificato, quindi sono d'accordo con lei che non si tratta di celebrare o monumentalizzare Basaglia, Trieste, la 180; non me ne importa niente, si tratta di oggi. Si tratta di guardare qual è la domanda ma anche qual è il livello miserabile della psichiatria in giro per il mondo e anche abbastanza misera in molte parti d'Italia. Questo è un dato che però è lì e che ci interroga oggi. Quindi non considero provocatoria la domanda sulla parentesi, nel senso che ben venga togliere questa parentesi, nel senso che è necessario che le epistemologie - al plurale, come dice bene Anne Lovell che ha fatto questi studi e questi saggi interessanti sulle epistemologie psicanalitiche, le epistemologie psichiatriche, le epistemologie degli interventi sulle disabilità - sono epistemologie diverse. Nella misura in cui queste epistemologie si parlano, dialogano, si integrano, probabilmente scopriamo anche nuovi percorsi che ci consentono di togliere questa famosa parentesi. Non so se sono stato sufficientemente, come dire, soddisfacente nella risposta a delle domande che sono delle domande estremamente *challenging*.

**Fabio Vanni:** Ritorno un po' sul suo intervento iniziale, perché mi sembra che lei giustamente metta in evidenza, come dire, una tendenza, lo dico in una sintesi, a un tecnicismo individualistico, che peraltro è perfettamente sintonico con quello che avviene nel mondo della sanità in generale, non soltanto nella psichiatria e nella salute mentale. Allora siccome poi stiamo ragionando e auspicando un passaggio invece a una dimensione dove competenze, diciamo, di area più psicosociale hanno una maggiore rilevanza, mi sembra che siamo davvero in una condizione di grande difficoltà, perché è come se, seguendo questa strada, che lei stesso ha un po' denunciato, mi pare

che ci troviamo in un vicolo cieco. Voglio dire, se noi abbiamo bisogno di occuparci di più delle determinanti microsociale, abbiamo bisogno di competenze che sono lontanissime da quelle che oggi la psichiatria mainstream è in grado di mettere in campo, perché mi pare che essa si collochi dentro un paradigma che è quello della medicina attuale che purtroppo viaggia sempre più in una direzione, diciamo, biocentrica. Lei mette sullo stesso piano l'intervento psicofarmacologico e gli interventi psicoterapeutici: mi permetto di sottolineare che lo spazio che la psicoterapia ha nella salute mentale in Italia è forse uno a cento rispetto agli interventi di tipo farmacologico.

**Benedetto Saraceno:** Sono assolutamente d'accordo con lei. Partiamo dal fatto che io ho molta ammirazione per una epidemiologa inglese che si chiama Helen Killaspy che fa degli studi che hanno mostrato in modo molto solido e convincente che l'aumento di tecniche nuove, l'aumento di servizi che sono specializzati per patologie, per condizioni cliniche, per storia naturale delle malattie, cioè, servizi *disease oriented*, oppure servizi orientati a una fase - per le acuzie, per la cronicità, per le crisi, per il relapse, per la ricaduta - servizi sempre più specializzati e sempre più portatori di tecniche nuove, non migliorano gli esiti a lungo termine. Cioè, Killaspy conclude, sto citando "meglio un servizio generalista, accogliente, disponibile, aperto, orientato e capace all'ascolto, orientato al care psicosociale, che un servizio sofisticato, specializzato, perché i tecnicismi sono la patetica maschera dell'impotenza". Ecco, questa non è una feroce rivoluzionaria basagliana, è una epidemiologa anglosassone, che però fa vedere che esiti migliori avvengono dove c'è un servizio fatto con buon senso, intelligenza, un servizio generalista capace di, come dire, navigare a 360° rispetto alla domanda che gli viene dalla popolazione che si rivolge al servizio, piuttosto che servizi apparentemente più sofisticati. Ora certamente c'è una perdita del senso del care, che dipende dai *carers* perché sono più demotivati, perché sono più stanchi, perché sono più soli, perché sono più esposti a pressioni che sono pressioni semplicistiche, "dove lo metto?", devi risolvere il problema alle due di notte nel Diagnosi e Cura pieno, la polizia ti porta un sacco di gente, e il poveraccio che è lì deve rispondere in modo ben lontano da una idea di *care*, ma molto vicino a un'idea aziendale di risolvere un problema sgradevole. E poi sono anche cambiati i *policy makers* che sono sempre più aziendalizzati, sempre più *money driven*, cioè orientati ai soldi e al risparmio. Quindi abbiamo servizi che sempre di più si arrabattano fra un po' di controllo psicofarmacologico, un po' di supporto psicologico, che a volte è molto simile alla pacca sulla spalla, molta gestione, e la parola dice molto, molta gestione del caso, cioè gestione di un problema, eh, cioè non c'è nessuno che più si prende cura di nessuno, e l'obiettivo è sempre quello di trovare una soluzione immediata, cioè la cultura del "dove lo metto, cosa ne faccio" diventa prevalente. Allora qui non è per tornare a tematiche che pos-

sono anche venire a noia, ma i Diagnosi e Cura legano sempre di più secondo i dati che abbiamo, i CPS funzionano sempre meno ore e sempre di più con una logica di puro ambulatorio, appuntamento medico, appuntamento medico, le residenzialità sono sempre di più dei luoghi tetri senza progetto, con molto intrattenimento ma senza un progetto di vita. Quindi questi tre cardini che dovrebbero essere la situazione dell'acuto nell'ospedale, spesso esposto a una situazione di violenza, la situazione del cosiddetto territorio, parola che odio, in cui sempre di più sembra di andare dal dentista, cioè con un ambulatorio che funziona con una logica che non è quella di una cura complessiva con una presa in carico della famiglia e del paziente, ma sempre molto più rapidamente clinica, e una situazione delle strutture residenziali paurosa, nel senso che non sono strutture che hanno nessun progetto riabilitativo, ma hanno dei grandi progetti di intrattenimento - cioè si fanno ancora le feste di compleanno con la torta, il coretto, i pazienti, la paziente Maria compie gli anni, il paziente Luigi con la plastilina fa i portaceneri, cioè in qualche modo qualche cosa che è molto molto lontano dalla riabilitazione intesa come ricostruzione di una contrattualità sociale dei pazienti. Quindi diciamo che c'è una situazione obiettivamente di regressione. Ecco, mi pare che forse uscirne è possibile, che forse servirebbe qualche cosa che ha molto a che fare con un misto di motivazione etica e di passione culturale, cioè ho la sensazione che ci sono servizi molto privi di passione e molto opachi rispetto a delle preoccupazioni etiche.

**Mauro Mozzani:** Provo a riprendere questo tema. Diciamo che forse qui a Parma, e più in generale nella regione Emilia-Romagna, possiamo collocarci a livelli leggermente più alti della situazione che hai descritto (anche se è purtroppo molto vera per parecchie parti d'Italia) e lo sforzo che qui si sta cercando di produrre è quello di collegare i servizi che sono sempre più deboli - deboli come numero e come investimento economico - con gli enti del terzo settore, con gli enti di volontariato, con le case della comunità, etc. Quindi cercare di mantenere lo sguardo e la direzione verso l'attenzione alla pienezza di vita del paziente. Io credo, e sono d'accordo con quello che dicevi, che ci sia una grande crisi epistemologica della psichiatria: del DSM non se ne parla più e quasi, ormai l'abbiamo nascosto quasi vergognandocene e mi pare che non sia in preparazione nessun altro DSM. Evidentemente c'è anche un vuoto di pensiero rispetto alla psichiatria biologica. Certo fare esempi come le microaree, oppure sottolineare la necessità della collaborazione e della motivazione degli operatori, rischia di essere qualcosa di fragile, di debole, che forse avrebbe bisogno di un sostegno più ampio, che trascende l'aspetto strettamente tecnico.

**Benedetto Saraceno:** Vorrei fare due o tre osservazioni, forse un po' sconnesse. Innanzitutto, il suo ricordare che l'Emilia non è forse bene rap-



presentata dalla mia descrizione così pessimistica e negativa mi trova d'accordo, nel senso che c'è una tradizione dei servizi emiliani che è una tradizione di una qualità mediamente più alta della media nazionale, senza offendere nessuno, ma è vero. Tra l'altro Pietro Pellegrini è uno dei miei eroi, nel senso che è una persona verso cui nutro una enorme ammirazione, per il suo lavoro sul budget di salute che è in qualche modo un lavoro che risponde a molte delle domande che io sto affrontando, discutendo. Tutta la cultura del budget di salute non è solo una cultura amministrativa, è proprio un modo di immaginare degli accompagnamenti della cura più intelligenti, più efficaci. Sì credo anch'io che del DSM 5 ce ne siamo dimenticati in Italia. Adesso bisognerebbe chiarire se qui stiamo parlando soltanto della psichiatria italiana o anche di una crisi anche più generale. Perché quando parliamo di una crisi epistemologica questa va ben oltre l'Italia, la riflessione critica che oggi c'è sul DSM nasce da Thomas Insel, ex direttore del National Institute of Mental Health negli Stati Uniti che per primo ha cominciato a dire "ma boh, forse questa roba qua non ha molto senso", quindi c'è in questo momento in corso una riflessione sulle fragilità della psichiatria che va oltre l'Italia, e poi vorrei anche chiarire questo per le persone che ci stanno ascoltando, che io non sono un buon conoscitore del dettaglio della psichiatria italiana, cioè c'è anche un rischio che io dica delle sciocchezze o che io sia arrogante nell'entrare troppo nel dettaglio della situazione e dello stato dell'arte dei servizi italiani. Sappiate che sono 29 anni che io non vivo in Italia, quindi sono 29 anni cioè quasi 30 anni che vivo in un altro paese, quindi non ho il polso di quella consuetudine e quotidianità che si ha fra colleghi, che se fossi uno psichiatra che sta a Milano, che sta a Roma, che sta a Firenze, avrei maggiormente. Ecco, sono uno che non fa lo psichiatra e che sta a Ginevra. Ora, questi sono due elementi che in qualche modo fragilizzano i miei giudizi o le mie opinioni sulla psichiatria italiana. Però certamente è vero che forse avremmo bisogno di una sollecitazione a questo dialogo fra epistemologie. Io mi sono affezionato a quella espressione di Anne Lovell, perché per esempio c'è una riflessione fatta in campo lacaniano, curiosamente, sulla produzione di soggettività e sull'autorizzazione del soggetto, che sono riflessioni che in realtà hanno connessioni epistemologiche e culturali molto più forti di quello che uno potrebbe sospettare con le radici fenomenologiche della psichiatria di Basaglia. Dico questo semplicemente perché mi sono occupato negli ultimi tempi di queste connessioni, non essendo io certo uno psicoanalista ma certamente essendomi occupato di aspetti epistemologici anche della psicoanalisi. Questo per dire che sono convinto che ci sia bisogno, sia in termini di formazione degli operatori, sia in termini di comprensione del reale, di un meticciamiento, di una *cross fertilization*, cioè di una fertilizzazione mutua fra discipline diverse, ma non è soltanto la questione dell'assistente sociale che si occupa di dare il sussidio al paziente, lo psichiatra che fa la clinica, la diagnosi e da la terapia e lo psicologo invece che fa gli inter-

venti magari di sostegno psicologico; non è in questo senso che parlo di *cross fertilization* di discipline, ma di un livello molto più alto, cioè di cercare di capire come oggi si incrociano tutta la riflessione per esempio sulla neurodiversità fatta dalle grandi associazioni soprattutto anglosassoni, degli utenti, tutto il problema e la discussione sulla disabilità mentale e non mentale, l'intersecarsi della questione dei diritti non più vista come semplice denuncia, "in quell'ospedale fanno delle brutte cose, noi li denunciavamo", ma oggi quanti psichiatri, quanti operatori conoscono in Italia il testo, che dovrebbero conoscere a memoria, della Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità.<sup>2</sup> È una bussola che guida in modo estremamente progressista l'operare dell'operatore della disabilità mentale e della disabilità fisica. Ecco mi sembra che oggi gli psichiatri navighino poco in questi mari sconosciuti o meno conosciuti di altre culture, quelli di orientamento biomedico figurarsi, Lacan non sanno neanche chi è, quelli di orientamento psicoterapico-psicoanalitico spesso sono pessimi prescrittori di un uso razionale dei farmaci, spesso il sociale viene tradotto in piccoli interventi di aiuto economico ai pazienti ma senza una vera comprensione di che cos'è fare un intervento sociale per un paziente, e quindi questa *cross fertilization*, ripeto questo termine, fra discipline differenti, fra epistemologie, ci aiuterebbe molto. Tu dicevi "ma abbiamo bisogno di qualche cosa che non sia una sollecitazione soltanto tecnica", sì, se per tecnico si intende qualche cosa di molto pratico, e se per sollecitazione intendiamo una sollecitazione culturale, morale, cognitiva, importante che viene da discipline diverse, questo credo che sarebbe molto utile, molto necessario. Ho l'impressione che non ci sia molta permeabilità delle culture in questo momento nella psichiatria italiana, ognuno si tiene stretta la sua e c'è ormai una difesa che rischia di essere quasi una difesa corporativa del "noi siamo gli psicologi di orientamento psicoanalitico psicodinamico, noi siamo gli psichiatri che invece usano i farmaci o che usano, non so cosa, gli appartamenti protetti", che poi diventano tutte delle piccole tecnologie che però non fanno parte di un grande progetto e di un grande disegno di affrancamento della psichiatria da una sua tradizione di tutela che nega l'emancipazione, cioè in qualche modo dominante-dominato, per una psichiatria che sia una psichiatria più vicina alla cultura del recovery.

**Fabio Vanni:** Sembra che si potrebbe concordare sul fatto che ci sia bisogno di questo meticciamiento o di questa *cross fertilization* di varie prospettive. Mi pare anche che forse potremmo partire dalle parole, noi siamo dentro una cultura della cura che ha fatto della crisi 'acuzie', del malessere di un soggetto umano un 'malato', dei luoghi di ascolto e di cure 'ambulatori',

---

<sup>2</sup> <https://pninclusionone21-27.lavoro.gov.it/sites/default/files/2023-10/Convenzione%20ONU.pdf>

allora mi domando se potremmo partire da questo. Io ho molto timore che se noi ci aspettiamo che la psichiatria da sola faccia una trasformazione che metta in discussione così radicalmente le sue radici non si possa andare molto avanti, mentre sono dell'idea che se si possono fare dei passi avanti è perché si dà spazio e legittimità ad altre culture. Perché, ovviamente, se ci si attiene ad una logica biomedica - che è decisamente prevalente nella sanità, almeno nel nostro paese, ma credo non solo - mi pare difficile che poi ci si aspetti che ci si occupi seriamente dello psicosociale, che si abbiano disponibili le competenze per comprendere le determinanti sociali delle malattie. Questo non fa parte neanche della cultura formativa dei nuovi psichiatri e neuropsichiatri dell'infanzia e dell'adolescenza. Allora mi domando se non ci sia bisogno di pensare che della salute mentale non si occupano solo, o tanto, gli psichiatri e nemmeno solo i Servizi di Salute Mentale, ma che sia un tema che riguarda una comunità. Certo è un termine da ridefinire, ma mi riferisco in questo caso a una comunità, almeno, di natura professionale più ampia della psichiatria. Sto toccando qui anche il tema del rapporto pubblico-privato. È comunque prevalente mi pare un'idea di un servizio pubblico che è il detentore di una capacità di intervento sui problemi psichici delle persone, che in qualche modo ignora e non riesce a tenere in una rete collaborativa paritaria e di dignità, tutto un mondo di operatori che sia nel privato che nel privata sociale potrebbero dare una mano più autorevole su questo, è un po' come dire "io non ce la faccio ma non ti utilizzo, o se ti utilizzo ti utilizzo all'interno di una mia logica". Ci sono fra l'altro in Italia delle norme costituzionali che ci inviterebbero a considerare gli aspetti di sussidiarietà orizzontale e verticale come una dimensione addirittura fondativa del tema della cura. Allora mi domando se ci sia bisogno di uno scarto importante, perché io ho trovato in realtà la sua descrizione del funzionamento dei servizi molto aderente alla realtà che conosco, quindi la volevo assicurare sul fatto che la sua distanza da 29 anni non mi pare che l'abbia allontanato dalla comprensione del nostro paese. Io mi sono molto ritrovato mediamente in quello che lei raccontava, e allora però, davvero dobbiamo fare un passaggio: se Basaglia non metteva fra parentesi la malattia mentale, ma riteneva di doverci occupare, lei dice, del malato, io dico del soggetto, potrebbe essere questa una strada che unisce prospettive disciplinari ed epistemologiche differenti, dando alla parola soggetto un'accezione di soggetto sociale, di persona che sta dentro una comunità micro e macro?

**Benedetto Saraceno:** Lei tocca temi giganteschi e sopravvaluta la mia capacità di dire delle cose sensate e intelligenti. Allora provo a dire delle cose così un po' forse non all'altezza della complessità delle questioni che lei pone, però, uno, credo certamente che oggi sia necessaria una riconsiderazione dell'incontro fra curante e curato, cioè fra un soggetto supposto sapere, o comunque un soggetto supposto istituzionalmente come curante, e un

soggetto esposto alla cura. Credo che una delle vaccinazioni per evitare che tale incontro possa divenire tossico è la garanzia della presenza di un terzo, il terzo non vuole dire che c'è lì nella stanza seduto un terzo signore, ma il terzo inteso come il contesto della comunità, cioè la comunità intesa come quel luogo dove si incrociano le vite banali delle persone, le esperienze di autocura, le affettività, i desideri, i ruoli sociali, ecco la presenza di questa banalità della vita quotidiana dentro all'incontro curante-curato, è una forte garanzia che tale incontro non si autosequestri in una irrealtà quotidiana, ma resti nella realtà quotidiana. Questa presenza di un terzo della comunità, lei diceva una comunità professionale, anche, ma non solo. Dobbiamo intenderci cosa vogliamo dire per professionale, può essere anche la comunità della cooperativa che c'è nella zona che fa il vino, piuttosto che la cooperativa del parroco che fa le partite di football, piuttosto che il sindacato che organizza non so che cosa, cioè la comunità intesa come tutte quelle istanze comunitarie e sociali la cui presenza nell'incontro curante-curato, è un arricchimento e una garanzia che questo incontro non avvenga in un luogo troppo separato, troppo, come dire, sequestrato dalla realtà. Quello che io chiamo la presenza di un terzo, poi ognuno a questo terzo gli può dare un nome. Terzo può essere una comunità di altri professionisti, può essere una comunità di altri soggetti, può essere una comunità fatta dalla comunità, può essere una comunità dei pari, per esempio gli stessi utenti, di cui parliamo sempre molto poco, perché in Italia si parla molto delle famiglie ma molto poco degli utenti in termini di *empowerment* di costoro. Il secondo problema è forse anche aprire una seria riflessione su questa parola 'cura', perché se la parola terapia in qualche modo non ci soddisfa o non ci soddisfa pienamente, l'idea di cura è certamente un'idea più vasta. Però anche lì, è un termine polisemico anche un po' abusato, io raccomando a tutti di leggere molto la letteratura femminista per capire che cosa è la cura. Ci sono dei testi di Martha Nussbaum per esempio o di Joan Tronto, che sono grandi leader femministe, filosofe femministe americane che in qualche modo fanno capire dal punto di vista femminile e femminista che cosa si debba intendere per cura, cioè una specie di stranissima, misteriosa e magica pozione dove si incontrano pubblico e privato, non pubblico e privato nel senso di istituzioni pubbliche e istituzioni private, ma la dimensione privata dell'intimità della cura, infatti spesso sono i familiari che si prendono cura, la cura come insieme di gesti di intimità, di gentilezza, di accettazione, di rispetto che viene fatta sul corpo o sulla mente della persona che in quel momento è vulnerabile ed è fragile. Ma questa intimità molto privata si incrocia continuamente con l'idea che si sta erogando, non per pietà, la cura ma per diritto e quindi si incrocia con delle dimensioni istituzionali dove esistono degli operatori che hanno un sapere, quindi c'è un operatore che ha un sapere e poi c'è un sapere per esperienza del familiare e la cura è la risultante complessissima di questa interazione fra dimensioni diverse. Credo che si parli molto di cura ma si rifletta poco o non abbastanza

su che significato vogliamo dare al termine cura. Quanto infine alla questione pubblico-privato che lei pone, questa volta pubblico-privato non nel senso di intimo versus professionale, familiare versus altro, ma in senso proprio istituzionale pubblico, servizio pubblico, privato ovvero il professionista privato che sta a casa sua, o la Ong, o la cooperativa che vende servizi al pubblico. Ma io credo che il Servizio Pubblico è destinato a finire, dobbiamo smetterla, cioè va molto bene che lo difendiamo per una specie di puntiglio morale per cui io lo difenderò fino alla morte, ma è una battaglia persa, il servizio pubblico in Italia sta diventando ogni giorno più privato, quindi se c'è una preoccupazione che il paziente pubblico non possa usufruire di iniezioni che provengono dalla cultura del privato, è una preoccupazione da non avere; ce ne sarà fin troppa di iniezione del privato. Io sono convinto che da qui a dieci anni solo le persone poverissime utilizzeranno il servizio sanitario pubblico, le persone che avranno un minimo di risorse economiche staranno utilizzando servizi privati convenzionati. Anche perché poi tutto questo mondo del privato sociale... Quarant'anni fa il privato sociale era un privato in qualche modo sociale, cioè etico, oggi quello che si chiama privato sociale è un privato fortemente *business oriented*, cioè in Lombardia il privato sociale vende gettonisti notturni per fare le guardie al Diagnosi e Cura di notte. Quindi il pubblico paga questi privati, li paga dieci volte di più che i professionisti del pubblico, per cui chi lavora trentotto ore alla settimana nel servizio pubblico guadagna in un mese quello che guadagna chi fa tre notti come gettonista a Milano. Quindi io sono convinto che il privato la farà da padrone e che quindi ci sarà un privato cinico, ci sarà un privato competente, ci sarà un privato meno competente, sarà un mercato, sarà un mercato libero in cui si comprano prestazioni. Allora si compreranno prestazioni di uno psicoterapeuta bravo o prestazioni di uno psicoterapeuta meno bravo, si compreranno medici di guardia, si compreranno servizi, si comprerà riabilitazione a bizzeffe e quindi sotto con plastilina, pongo e via dicendo perché il privato sta conquistando il pubblico. Forse voi emiliani non ve ne rendete conto perché siete ancora in una regione che ha il merito, e a cui va reso onore, ma lo dico con serietà e con grande rispetto, perché da voi ancora il servizio pubblico è un oggetto sacro, insomma, che si difende con i denti; ma guardate che non è così in buona parte del paese, in buona parte del paese il servizio privato è dominante. Tra l'altro oggi la regione Lombardia spende di più per cofinanziare strutture ospedaliere private e servizi privati di quanto spenda per il pubblico, per cui questa preoccupazione sua di una iniezione di privato nel pubblico non ha da esserci, il problema sarà di garantire la qualità di questa iniezione, cioè che non sia un'iniezione mortifera ma sia un'iniezione che fa bene, un'iniezione vitaminica, ma dal punto di vista istituzionale è una battaglia perduta quella delle persone come me, che sono vecchio, che hanno pensato che il servizio universalista della 833 fosse una specie di oggetto sacro e iconico, beh è una battaglia strapersa.

**Fabio Vanni:** Sono perfettamente d'accordo con lei sulla sua previsione. Ma la mia preoccupazione non era sul fatto che il privato entri o non entri, mi pongo un problema di accessibilità e quindi di equità e quindi effettivamente il fatto che poi questo comporti tutta una serie di problemi per chi non può permettersi di scegliere. Quello che mi domando è se invece sarebbe immaginabile che il pubblico recuperi una funzione di governo e non semplicemente di appalto, di coordinamento vero, e non semplicemente di essere erogatore di servizi concorrenziale col privato, mi pare che su questo non ci sia nemmeno in Emilia Romagna un gran pensiero, tantomeno forse altrove.

**Benedetto Saraceno:** Sì, non posso che essere d'accordo con lei, non ho nulla da aggiungere, è così, è effettivamente così, però in questo momento mi sembra ottimistico pensare che il pubblico abbia una capacità di governo, il pubblico ha una capacità zero in questo momento, non governa un bel niente o malgoverna, nel senso del contrario del buon governo, e quindi secondo me questo, come dire, flusso di risorse umane e culturali dal privato al pubblico sarà inarrestabile e naturalmente sarà un flusso che contiene di tutto, conterrà parti qualitativamente interessanti e parti qualitativamente scadenti. Insomma io credo che oggi anche questo privato sociale che faceva cinquant'anni fa la cooperativa degli utenti e che era una cosa buona, era considerato un momento positivo in cui una cultura privatistica, quella della cooperativa, forniva armi intelligenti e buone alla cultura del pubblico. Ecco credo che oggi sia un po' un'illusione e penso che molto di questo privato sociale sia ben altro; io sono forse deformato dal fatto che essendo di origini milanesi e mantenendo amicizie e relazioni più in Lombardia che in altre regioni italiane, ho contezza di situazioni di vero e proprio traffico di soldi, cioè ci sono delle cooperative che sono semplicemente dei posti dove si reclutano medici pubblici scontenti, psicologi scontenti del pubblico, assistenti sociali e piano piano anche infermieri che vengono rivenduti in convenzione agli enti regionali e c'è una transazione che è puramente economica e finanziaria a scapito del pubblico, che poi disgraziato rimane come il giapponese che crede che non sia ancora finita la Seconda Guerra Mondiale e resta in trincea. Sarò curioso di vedere chi sarà l'ultimo psichiatra lombardo che continuerà a battersi per lavorare in un servizio pubblico invece che a gettone, ma queste sono considerazioni più, come dire, di bassa politica su cui non mi voglio dilungare.

**Fabio Vanni:** Credo che adesso prima di dare la parola ai colleghi che sono presenti in sala e che possono cominciare a pensare a degli interventi, le volevo però segnalare che in realtà esistono anche delle realtà di privato sociale che hanno, che provano ad avere, una prospettiva attenta agli aspetti etici, esiste per esempio una Rete della Psicoterapia Sociale che comprende

migliaia di professionisti che provano a lavorare in un modo attento, non solo ovviamente all'aspetto economico perché sennò non si sta in piedi, ma anche alla qualità di ciò che si fa, alla collaborazione con il servizio pubblico, eccetera, però certo mi rendo conto che l'insieme del sistema propone un degrado a tutti i livelli e quindi anche in questo ambito che dovrebbe essere emblema di eticità.

**Lelio Pallini:**<sup>3</sup> Buongiorno. Sono il presidente dell'associazione Progetto Itaca Parma. Io volevo riferirmi a un punto che è stato solo accennato dal professor Saraceno, ma che ritengo molto importante, cioè la domanda è questa: che cosa si sta facendo a livello formativo, a livello di corsi universitari, per orientare anche i corsi di specializzazione in psichiatria ai concetti e agli orientamenti che sono stati esposti dal professor Saraceno? Faccio una confessione, a volte mi sono chiesto se la facoltà di medicina sia il posto giusto per la specializzazione in psichiatria o non sia forse il caso di concepire una facoltà autonoma, che non sia né medicina né psicologia né quant'altro. È un'idea balzana che mi è venuta ma può darsi che ci sia qualcosa di utile in questo, grazie.

**Benedetto Saraceno:** Mi permetto di rispondere subito perché sono molto sollecitato dalla sua riflessione. Beh, mi piacerebbe l'idea di una facoltà di "salute mentale", in cui si insegnino la psichiatria, la psicologia e quant'altro, ma che si chiami Facoltà di Salute Mentale, ma questa è solo una mia considerazione, più che altro sono sogni. C'è una tradizione italiana molto, molto radicata, le cui motivazioni non sono mai state bene analizzate, e io non saprei oggi fornire un'analisi particolarmente intelligente o competente di questo, però in Italia, la grande innovazione in psichiatria l'ha fatta il mondo dell'ospedale, non l'ha fatta l'accademia, e non penso soltanto a Basaglia che va in un manicomio a Gorizia, a Trieste, a Parma, ma penso anche a tutte le esperienze più interessanti che sono state fatte in Italia ad Arezzo, a Perugia, a Ferrara, o penso ai servizi di buona qualità che sono stati messi in piedi a Parma, a Bologna, a Piacenza ai tempi di Mistura, a Reggio Emilia ai tempi di Asioli. La tradizione della buona qualità della psichiatria è tutta una tradizione non accademica, rare sono le facoltà di medicina italiane che hanno messo nella formazione dei loro studenti - studenti di medicina formati in psichiatria e specializzandi di psichiatria - che abbiano messo insieme accademia e innovazione dei servizi. Michele Tansella lo fece a Verona quando era vivo, ed oggi Verona continua a essere una sede particolarmente vivace e interessante, però voglio ricordare che tutti i cattedratici di psichiatria che occupano le facoltà di medicina del

---

<sup>3</sup> Lelio Pallini, presidente Associazione Progetto Itaca Parma ODV.

nostro paese non sono stati parte dell'innovazione e della riforma. Il pensiero innovativo è venuto dagli ospedali, è venuto dalla pratica degli ospedali, anche il pensiero innovativo teorico che se andate a vedere un compendio di bibliografia interessante e intelligente degli ultimi trent'anni di psichiatria italiana trovate poco nel campo della riflessione che stiamo facendo oggi che provenga dal mondo dell'accademia universitaria. Il 99% viene dal mondo della riflessione degli operatori degli ospedali o dei professionisti privati, psicoanalisti, psicoterapeuti, che hanno scritto. Quindi certamente alla sua domanda se oggi il mondo universitario è adatto e capace di formare ai concetti e alle cose che ci stiamo raccontando questa sera, la risposta è che non lo è mai stato e continuerà a non esserlo. Allora poi la sua idea di immaginare che vi sia una facoltà che metta insieme queste competenze e sia diversa, e non sia medica è un'ipotesi secondo me interessante che andrebbe approfondita, non sono in grado di fornire una riflessione su questo tema, però certamente è vero che il pensiero psichiatrico innovativo italiano non è di matrice universitaria.

**Fabio Vanni:** È una bella utopia e trovo che sia una questione molto interessante, perché è chiaro che se continuiamo a perpetrare una formazione come quella attuale, difficilmente ci possiamo attendere innovazione come quella che il professor Saraceno ha indicato.

**Marco Ingresso:**<sup>4</sup> Io credo che siamo in un'epoca in cui si sono aperti comunque degli spazi, prima di pensiero e in parte anche di azione, dopo quella che è stata la pandemia, questo evento catartico e che certamente ha smosso le acque. In questo momento indubbiamente anche la pandemia sembra assorbita da altri eventi ancora più catastrofici, però anche questi ci pongono delle problematiche, cioè siamo in un mondo che appunto sotto vari aspetti è fuori controllo, va ristrutturato, ripensato. Allora io mi chiedo se sia possibile inserirsi in questa fessura, in questa ferita di questo nostro mondo con i temi che sono stati toccati, ma che vanno giocati secondo me insieme. Il tema della cura dove l'idea nuova secondo me è che la cura non può essere fatta solo da singole professioni, ma per affrontare la complessità dell'altro, che sia salute mentale, che sia salute fisica, che sia salute

tout court. Ecco bisogna affrontarlo con un insieme di visioni, con un insieme di modalità nelle quali mettere insieme, appunto, diverse competenze, confrontarsi, cercare di generare un pensiero nuovo, quindi io vedo una cura che sia verso la complessità e di tipo collaborativo, di tipo transdisciplinare per così dire. Poi c'è il tema della comunità, che è stato toccato,

---

<sup>4</sup> Marco Ingresso, sociologo della salute e della cura, già professore ordinario c/o Università di Ferrara.



giustamente. Indubbiamente partiamo da una sorta di deserto di difficoltà, di individualizzazione molto spinta, però io credo anche che, da una parte, la situazione italiana sia diversa e specifica nei vari ambienti, non sia la situazione per esempio degli Stati Uniti che è stata citata. Credo ci siano ancora delle trame nella situazione italiana, come dimostra appunto la presenza del terzo settore in Italia, ma che comunque si possa agire sotto diversi piani per tentare una azione di ricucitura, di ricostruzione, attraverso le istituzioni locali implicate, per esempio, nelle nuove Case della Comunità. Il terzo settore anch'esso si può riorientare verso una dimensione di quartiere, verso una dimensione di quotidianità. Ecco mi è piaciuta l'idea che Saraceno ha proposto della comunità come terzo, come terza presenza che, entrando nel quotidiano, facendo delle cose che servono magari in modo, come dire, micro, però è presente con un altro occhio sulle situazioni. Poi c'è il tema salute che fino ad adesso è stato poco giocato, pensare la salute non semplicemente come rischio individuale, ma salute come ricostruzione e rigenerazione degli ambienti collettivi. Oggi c'è anche il tema, dentro la salute appunto, del clima, ma più in generale dei viventi, della complessità, dell'ecologia, della One Health, ecco, allora anche lì c'è da muovere anche questa cosa. Allora agendo su questa triplice strada, cura complessa e collaborativa, comunità, che si cerca di ricostruire attraverso la presenza di nuovi tentativi di lavorare su vari aspetti micro della situazione, e salute come rigenerazione del benessere sociale e attenzione alle nuove dimensioni ecologiche della città, ecco io credo che giocando insieme queste strade, qualcosa si possa aprire, qualcosa si possa pensare di ricostruire, è un tentativo e credo che, per esempio, queste nuove prospettive delle Case della Comunità se vanno in questa direzione, aprono, se invece restano solo dei poliambulatori, certamente siamo ancora in una situazione regressiva che non aprirà nuovi spazi. Non so cosa ne pensa...

**Benedetto Saraceno:** Tutto il suo intervento mi trova più che d'accordo, mi trova molto in sintonia non solo con le cose che lei dice, ma col linguaggio con cui le dice, con i riferimenti, come dire, le parole che utilizza; mi trovano sintono, quindi non so, non posso che plaudire a quello che lei dice, con un'unica riflessione aggiuntiva, che lei parla di cura, comunità e salute, mi piace questo tripode, cura con tutta la riflessione necessaria appunto a interrogarsi oggi su cosa intendiamo per cura, e ribadisco la mia raccomandazione alla lettura attenta della nozione di cura per il femminismo più colto anglosassone. L'idea di comunità, cioè l'idea non solo della comunità come terzo, ma anche una rilettura di che cosa sia la comunità, cioè la differenza fra comunità geografica e comunità virtuale, e poi questa idea di salute che poi è una vecchia idea OMS, cioè che la salute non è soltanto l'assenza di malattia per dire una cosa molto ovvia e risaputa, aggiungerei però al suo tripode, a questa sedia con tre gambe, una quarta che è la dimensione dei

diritti. Io penso che oggi più che cinquant'anni fa, la nozione dei diritti è entrata a gamba tesa nella cultura di che cosa sia la salute, di che cosa sia la medicina, di che cosa sia la terapia, di che cosa sia l'ospedale, e non parlo soltanto della psichiatria, parlo in generale della medicina. Cioè, la cultura dei diritti è diventata un elemento predominante in molti di questi dibattiti e, ribadisco, raccomando a tutti una lettura attenta della Convenzione delle Nazioni Unite sulla disabilità ratificata dall'Italia, dove ratificato vuole dire firmato, vuole dire che un paese dice "sono d'accordo", ratificato vuole dire che un parlamento adotta quella convenzione che diventa una legge per l'Italia, quindi la convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità è una legge in Italia. Ora, perché vi raccomando di leggerla attentamente, perché è interessante, è un testo che non è stato fatto dai soliti noti, cioè è un testo che non nasce dalle culture di una psichiatria, anche di una psichiatria progressista, innovatrice, democratica, no, è un testo che nasce dalla interazione curiosa fra culture giuridiche che hanno fortemente influenzato la stesura della convenzione, e utenti, gli utenti in questo caso, contrariamente a quello che succede spesso in Italia dove gli utenti sono semplicemente degli attori di sceneggiate del *politically correct* - cioè si va a un congresso e c'è sempre un utente che qualunque cosa dica viene applaudito in modo entusiastico così abbiamo risolto il problema degli utenti, ma se si parla di potere degli utenti è tutta un'altra questione. Bene, nel caso della stesura della convenzione, le associazioni degli utenti hanno avuto un potere, hanno avuto un potere e hanno scritto, hanno contestato, hanno fatto cambiare gli articoli, e tutt'ora, oggi, nelle varie istituzioni che reggono l'applicazione e l'implementazione di questa convenzione, le associazioni degli utenti sono dei vigilantes molto vigilanti. È molto interessante perché il linguaggio con cui è scritta è un linguaggio che non è il nostro, il nostro mettendoci tutti gli psichiatri più innovatori e più aperti che si possa immaginare, è ancora una cosa diversa, è una cultura diversa tutta nuova. Bene, quegli articoli, l'articolo 12, 15, 19, sono gli articoli più vicini alle questioni della Salute Mentale, sono molto, molto innovativi, molto trasformativi, sono globalmente accettati perché sono ratificati da 194 membri delle Nazioni Unite. Ci sono due paesi che non ratificano mai le convenzioni internazionali per decisione politica, che sono gli Stati Uniti e Israele, ma questo qualunque esse siano non per il contenuto specifico di questa convenzione, ma perché dicono che le convenzioni possono costringerli a cambiare le legislazioni nazionali che sono sacre, mentre quelli che accettano le convenzioni internazionali dicono "Queste convenzioni sono il frutto di un consenso internazionale e quindi noi accettiamo che entrino dentro le legislazioni nazionali con un potere addirittura di modifica". Bene, leggetele, sono importanti, uno perché progressivamente succederà, sempre più spesso succederà, che verranno citati in tribunali internazionali medici, psichiatri, servizi, amministratori da qualcuno che vuole cominciare a fare causa a

qualcun altro. Ci sono già i primi casi di ospedali citati in causa da associazioni di utenti. Quindi ci sarà comunque una evoluzione nella implementazione di questa convenzione, ma io ve ne raccomando la lettura perché secondo me aggiunge al tripode della persona che mi ha preceduto quel tripode che molto mi piace, cura, comunità e salute, aggiunge questo quarto elemento che è quello dei diritti che in questo momento, al di là della retorica sui diritti umani, è rappresentato in modo molto specifico, tecnico, operativo e concreto dal testo di quella convenzione che ci riguarda, che vi riguarda da vicino.

**Fabio Vanni:** Grazie, mi sembra una sottolineatura opportuna. E aggiungerei allora un'ultima considerazione che mi porto a casa da questo incontro, cioè che forse avremmo bisogno di trovare una nuova utopia che raccolga un po' i quattro punti che avete ricordato. Sento un po' la forza e il valore che ha avuto per tanti anni, nella salute mentale, la legge 180, che mi sembra però che oggi forse richieda di immaginare un orizzonte un po' innovativo. Sotto questo profilo mi sembra che una parte prioritaria noi dobbiamo riconoscerla ai bambini e agli adolescenti, perché mi pare che se c'è qualcuno di cui dovremmo avere particolarmente cura, da questo punto di vista, è questo target, per usare una parola di derivazione economica. Anche senza prendere alla lettera ciò che emerge dalla letteratura attuale le condizioni di disagio dell'infanzia e dell'adolescenza, certamente accentuate dalla pandemia, ma indubbiamente presenti ben da prima, sono particolarmente preoccupanti. Allora siccome questo è, fuor di retorica, il nostro futuro mi sa che questo meriterebbe un'attenzione particolare. Perché dico questo, perché nei bilanci dei dipartimenti di salute mentale nel nostro paese, la quantità di risorse destinate all'area infanzia-adolescenza raramente supera il 20-25% del budget, cioè la gran parte della spesa viene investita nell'ambito adulto, e questo è un elemento di disattenzione e di scarsa lungimiranza che mi pare molto grave.

**Benedetto Saraceno:** Se posso fare un ultimissimo commento a questa sua ultima considerazione, quando io ho diretto per quindici anni il Dipartimento di Salute Mentale e Abuso di Sostanze dell'Organizzazione Mondiale della sanità, avevo cinquanta funzionari che costituivano il mio staff. Erano cinquanta persone di ventiquattro nazionalità differenti, dai russi, ai malesi, ai brasiliani, facevano parte del mio piccolo esercito. I salari messi a disposizione dalla OMS per un posto di ruolo da neuropsichiatra infantile era uno, cioè di cinquanta operatori uno aveva conoscenze sulla salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza. Essendo che la piramide dell'età nei paesi di cui si occupa fundamentalmente l'OMS - perché l'OMS non va a consigliare il governo tedesco, inglese, americano, italiano, ma va a consigliare il governo del Mozambico, dello Yemen, dello Sri Lanka e

dell'Honduras - e la piramide di età in quei paesi è una piramide fortemente squilibrata a favore delle età infantili e adolescenziali. Questa totale distrazione è grave e questa assenza di un interesse per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, la troviamo in tutti i paesi, e la troviamo anche, come lei giustamente ricorda, in Italia. Io sono convinto che quello che lei dice è molto importante e sono convinto che oggi la maggior parte della Salute Mentale dei bambini e degli adolescenti è a cura dei pediatri più che di noi psichiatri, e/o della scuola, delle maestre e dei maestri, o anche dello psicologo scolastico, ma insomma, di figure che non sono le figure pubbliche del Sistema Sanitario. Credo che effettivamente il suo richiamo sia un richiamo importante, nel senso che non solo la questione COVID ci ha fatto vedere il disagio giovanile, ma anche in Italia ormai la popolazione di giovani e di adolescenti problematici è in aumento, i suicidi giovanili sono in aumento e invece non sono in aumento non soltanto le risorse umane per rispondere a questi bisogni, ma anche la cultura, nel senso che non c'è nelle scuole di specialità eccetera una grande enfasi sulla formazione alla Child and Adolescence Mental Health, cosa che invece penso, ritengo, sarebbe fondamentale.

**Fabio Vanni:** Se non ci sono altre osservazioni e considerazioni io davvero ringrazio moltissimo il professor Saraceno e naturalmente Mauro Mozzani e gli ospiti presenti. Credo che siamo riusciti a fare un po' un punto della situazione, certo, non molto consolatorio, qualche volta anzi mettendo in campo delle parole preoccupanti, però anche forse con qualche germoglio di possibilità e di speranza. Grazie mille!

**Benedetto Saraceno:** Grazie a voi e grazie per avermi ospitato.

---

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 22 giugno 2024.

Accettato: 24 giugno 2024.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:937

doi:10.4081/rp.2024.937

*This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.*

## The axiomatic of Sandor Ferenczi's thinking. A study of Sandor Ferenczi's theoretical-clinical model

Andrea Giovannoni,\* Angela Belluomini,\*\* Maurizio Buoncristiani,\*\*\*  
Roberto Cutajar,\*\*\*\* Elena Zappelli,\*\*\*\*\* Cristiano Rocchi\*\*\*\*\*

ABSTRACT. – The authors, via the application of Riolo's axiomatic methodology,<sup>1</sup> set themselves the objective of tracing the contributions of Sandor Ferenczi in his *Clinical Diary* with regard to the developments in contemporary psychoanalysis. The choice of the *Clinical Diary* was motivated both by the fact that this was Ferenczi's last text, and because the journal form allows one to grasp the author's nascent thinking on concepts that go on to have subsequent developments. The result was that of "extracting" the fundamental assumptions, which in theory constitute a seminal legacy, to allow for a more accurate understanding of Ferenczi's theory and technique. We are hoping that our work may help guide and encourage further and innovative studies on this important Hungarian author's thinking.

*Key words:* axioms; metapsychology; observational theories; clinical theories; operational theories.

---

\*Psychiatrist, Psychotherapist (Siena) Italian Society of Psychoanalysis and Psychotherapy - Sandor Ferenczi (SIPeP-SF), Italy. E-mail: agiova52@gmail.com

\*\*Psychologist, Psychotherapist (Florence) Italian Society of Psychoanalytic Psychotherapy (SIPP), Italy. E-mail: angelabelluomini19@gmail.com

\*\*\*Psychologist, Psychoanalyst (Florence) Institute of Analytical Psychotherapy (IPA), Italy. E-mail: buoncristianimaurizio@gmail.com

\*\*\*\*Physician, Psychoanalyst with training functions (Florence), Institute of Analytical Psychotherapy (IPA), Italy. E-mail: robertocutajar@inwind.it

\*\*\*\*\*Psychologist, Psychotherapist (Florence) Florentine Association of Psychoanalytic Psychotherapy (AFPP), Italy. E-mail: elenazappelli@tiscali.it

\*\*\*\*\*Psychologist, Psychoanalyst with training functions (Florence) Italian Society of Psychoanalysis (SPI-IPA), Italy. E-mail: psico@inwind.it

<sup>1</sup> The categorization used for this work of axiomatization takes its cue from an SPI [Italian Society of Psychoanalysis] research group conducted by Nando Riolo on *Psychoanalysis and the Scientific Method* and from the framework used within it; this research was published in issue IV, 2021 of the Rivista di Psicoanalisi [Journal of Psychoanalysis] with the title: "Comparing psychoanalytic theories. An axiomatic investigation."

*“In science there should be no room for fear of something new. In its perpetual incompleteness and inadequacy science knows it can hope to save itself only through new discoveries and new perspectives.”*

S. Freud (vol. 10, p. 9)

## Introduction

The aim of our work is to guide readers through the *Clinical Diary*, a work that we can consider a sort of “Zibaldone” [vernacular commonplace book] in which Ferenczi wrote down clinical cases and intuitions in random order. The *Clinical Diary* has been preferred to other texts as it represents Ferenczi’s last work, similar to Freud’s *Biographical Compendium*. The reading of the *Clinical Diary*, due to its nature, has been supported by other texts such as *The Confusion of Tongues (1932a)*, *The Unwelcome Child and His Death-Instinct (1929)*, *Stages in the Development of the Sense of Reality (1913)*, which instead present more systematized theories regarding the psychic apparatus. Our conceptual research draws inspiration from Riolo’s (2021) work on the *axiomatic-deductive method* that offers a methodology for classifying the fundamental topics of a text.

The *axiomatic method* allows us to extract the fundamental assumptions represented by general propositions from the text, which act as basic postulates or axioms.

The method consists of four axiomatic levels, organized according to a descending abstraction criterion ranging from theory to operational practice. The axiomatic levels are therefore represented by: i) metapsychological theories: theoretical constructs whose level of abstraction places them far from clinical practice (e.g., Orpha); ii) observational theories: less abstract theoretical concepts closer to clinical practice (e.g., Identification with an attacker); iii) clinical theories: concepts that define clinical phenomena related to psychopathological disorders (e.g., terror causes dissociation); iv) operational theories: technical procedures related to therapy (e.g., traumatic repetition of parental behaviour for therapeutic purposes).

## The axiomatic classification of the *Clinical Diary*

In this paragraph we will apply the axiomatic classification criteria described above. These criteria were derived from a partially modified Riolo classification. In particular, the research group will proceed via specific reading of the individual topics contained in the different days of the journal. After extensive discussion, the individual topics were described via concise definitions that gradually achieved maximum conceptual convergence among the participants in the research group (Table 1).

Table 1.

<b>Metapsychological theories 9%</b>
1. Orpha
2. Masculine and Feminine
3. Drive for Affirmation and Reconciliation
4. Principle of Resignation
5. Sadism and Masochism
6. Domination of the Death Drive
<b>Observational theories 11%</b>
1. Wise Baby
2. Trauma
3. Identification with the aggressor
4. Oedipus
5. Anality, Genitality and Urethrality
6. Guardian Angel
7. Intropression
8. Narcissistic split of the self
<b>Pathogenic (clinical) theories 27%</b>
1. Hysteria (autoplastic modifications)
2. Terror causes dissociation
3. Hysterical Paralysis and Catatonia protect against aggression
4. Personality Traits are conditioned and modified by violence
5. Depression is caused by deprivation and malnutrition in children
6. The Anaesthetic Effect of pain is present if its representation is missing
7. Deprivation in the etiopathogenesis of hallucinatory psychosis
8. The Defensive function of fragmentation and splitting
9. In neurotic patients the tendency towards Alcoholism reproduces the weakened states of consciousness at the time of trauma
10. The inheritance of Psychosis is realized via an insertion of the mad Super Ego (parent) on the personality of the child
11. Delusions are projections of unspeakable psychic content in which objective reality is present more than it is supposed to be
12. Hallucinations are real perceptions coming from the environment and psyche of other people, which mad people access because of their motivated hypersensitivity
13. Precocious children do not submit to their parents and close themselves off to their demands If they are punished physically, the injustice they have suffered gives them masochistic pleasure
14. If analysis succeeds in linking the enjoyment of displeasure to what has occurred in reality, the compulsive character of Masochism may disappear, and displeasure appears in anticipation of future benefits
15. Paternal suggestion is equivalent to the fear of being killed, the maternal one is a fear of being abandoned by the mother, the threat of withdrawal of libido
16. Pathological Boredom is present when a person is no longer aware of what he/she wants and does not want
17. In Masochism, physical pain mitigates greater pain
18. Sadism in the child is caused by the primary scene (because it is truly sadistic)
19. Homosexuality and Perversion arise from fear

To be continued on next page

*Table 1. Continued from previous page.***Operational theories 53%**

1. In Mutual Analysis the doctor temporarily renounces the function of “inspector” and must overcome false differences between analyst and patient. A subsequent modification that results is that they both relax. All relaxation therapy and excessive goodness with patients is an exaggerated demonstration of absent feelings of compassion
2. Accepting to definitely be a human being means giving up any “technique” and baring oneself completely. If this occurs, the patient logically suspects that the analyst’s analysis is imperfect and, awakening from his/her shyness, will dare to indicate the paranoid traits himself/herself.
3. The confidence with which the analyst communicates the interpretation makes it difficult for the patient to contradict the doctor without hurting his/her feelings.
4. Self-disclosure and sincerity.
5. Fluctuating attention is negative because it reveals the analyst’s insensitivity.
6. Countertransference
7. Coldness of the analyst
8. The compassion of the analyst is necessary to relive the trauma.
9. Analyst’s cruelty towards the patient.
10. Analysis, to be such, must facilitate regression: the patient must have the possibility of being himself/herself without shame for once.
11. The negative aspects and errors of being an analyst must be confessed to the patients so that it may increase their confidence in the analyst.
12. Empathy. The analyst must participate in the patient’s pain and make every effort to alleviate it because too much pain cannot be tolerated.
13. The analyst must be totally available to the patient and stimulate healthy narcissism in the patient which he/she is lacking, in order to stimulate the patient to wanting to live.
14. The importance of the analyst’s “conviction” to build a sense of unity in the self of the patient who has suffered a trauma.
15. The analyst must make the patient feel that life is worth living, show his/her power and sense of self-confidence.
16. The analyst must let desires be experienced and not their absence.
17. Corrective Experience.
18. The analyst should explain to the patient his/her personal limit in participating in Mutual Analysis.
19. Containment of the patient via a time limitation to the type of setting.
20. Containment of the patient by putting a limit on perverse satisfaction.
21. Validate the renunciation of perverse satisfaction.
22. Stripping pain from all defensive and avoidant forms.
23. The denial of hostile feelings of the analyst toward the patient through, for example, sublimation originating from elements of madness in the patient’s mind.
24. Traumatic repetition of parental behaviour in analysis for therapeutic purposes.
25. Disclosing analyst violence towards the patient.
26. Separate the patient from maternal dynamics via the reality process.
27. Propose a regressive attitude to relieve symptoms for healing.
28. Goodness as an activator of passive aggression for defensive purposes.
29. The lack of recognition of moments of affective offering causes the onset of a hypocritical attitude in the patient with notes of envy, aggravating the symptoms.

To be continued on next page



*Table 1. Continued from previous page.*


---

30. Clinical use of Active Confrontation on splitting.
31. Using active and passive Empathy toward the patient.
32. Interpret a dream by creating an emotional context that activates the patient on the manifested part.
33. The ability to analyse the patient is maintained through the analyst's acceptance of being a source of non-gratification.
34. The situation of analysis via symbiotic binding should be interspersed with moments of deprivation (experience).
35. Relaxation and trance technique.
36. Abandoning hypocrisy.
37. Co-feeling and sharing in the feelings of the patient amplifies trauma processing.

---

As can be seen, the fourth level expressed the highest number of classifications, confirming that Ferenczi's thinking was more about the relationship with the patient and his treatment than about theory. Indeed, it is significant that moving from an upper to a lower level of abstraction means increasing axioms: from 9% of metapsychological theories, 11% of observational theories, 27% of clinical theories, to reach 53% for operational ones, which account for more than half of all Ferenczian axioms.

Although Operational theories account for 50% of Ferenczian axioms, in this work we have preferred to focus our attention on first-level axioms (metapsychological theories) and second-level axioms (observational theories).

This choice was dictated by the fact that contemporary literature on Ferenczi's way of thinking neglects his theoretical contribution in favour of the operational clinical one. The latter has now become the main reason for reflection and discussion among scholars. We are inclined to believe that analysing metapsychological theoretical concepts, together with the axiomatic classification itself, will help to steer toward new directions of research, and in this sense makes this research original.

### The metapsychological theories

The first-level axioms describe how psychic processes are constructed and work, and their dynamics. The presentation of concepts follows the order in the table.

The term *Orpha* is used by Ferenczi to represent a supernatural ability to which the child resorts to in the face of a mostly sexual trauma suffered in early childhood, which orients the soul to preserve life at all costs, so much so that it prefers madness over death, as happened to his famous patient Elisabeth Severn, described in the *Diary* using the abbreviation R.N. This

traumatic experience, which occurred early on, caused her to destroy her individuality: the mind fragmented completely leading to a kind of psychic death. “When this happens - says Ferenczi - the forces of Orpha (term, borrowed from the myth of Orpheus, symbolizing salvation), that is, the vital organizer instincts, come into play. They: “have preserved life ‘*coûte que coûte*’ [no matter what] thus allowing the production of fulfilment hallucinations and consoling ghosts” (*Clinical Diary*, p. 56) anaesthetizing consciousness and sensitivity in the face of intolerable sensations. R.N. on the surface was able to live and act, but inside her there was a: “Murdered Ego, rekindled every night by the fire of her suffering (...).” When psychism fails - says Ferenczi - it is the organism that thinks and when these primary forces have awakened, they always remain and are put in play even in less serious situations or pain. *Clinical Diary*, p. 52). Orpha is an affectionless unconscious intelligence, a superior resilient force that prevents self-destruction, triggered by the traumatic condition as a back-up libidic instinct, which assesses the gravity and defense capabilities to be activated: “[...] it is the maternal part that prevents the person, in the grip of traumatic shock, from losing their grip on life” (Antonelli, 1997, p. 791).

In our axiomatic investigation we came across the principles, real theories, that Ferenczi sometimes calls drives. We refer to the principle of the masculine and the feminine represented by the drive of affirmation and reconciliation and to the principle of resignation; the latter refers to obedient adaptation and submission following trauma. These are real instinctual biological consistencies that trigger, in turn, relational-matrix psychic representations, which push the subject to a dysfunctional adaptation or, as the case may be, to the development or integration of the Self. The Author, by theorizing the existence of a drive principle such as those mentioned above, provides us with a new source of altruism, considered not as a complex of selfish motivations tending to satisfy needs, or a narcissistic objective choice as Freud argues, but as something that pushes towards the search for mutuality with another, getting a glimpse of the biological origins of intersubjectivity. On 23 February (*Clinical Diary*, p. 97) Ferenczi deals with the masculine and feminine principle, astounded by the improved mental condition of a patient who after years of suffering, complaining, and frequent states of loss of consciousness and frigidity, turns toward the understanding of others, to generosity, to the capacity for tolerance and maturity in sexual sensations. In this case, the typically feminine principle of conciliation seems to Ferenczi to influence, as a drive, the behaviours and experiences of women, constituting an internal dimension so as to determine their feelings and suffering: not only as something intolerable but, above all, as a source of satisfaction. Masculinity and selfishness, as opposed to motherhood and goodness. A prime example, Ferenczi argues, is a mother who tolerates living “parasitic” beings that develop at the expense of her body.

Ferenczi hypothesizes that the *principles of motherhood and conciliation* are a slight modification of the Freudian hypothesis of the life drives, and those of affirmation and overwhelm of the death drive. This is confirmed by arguing that the drives for conciliation and affirmation together constitute existence, as Eros and Thanatos do for Freud. Ferenczi assimilates the ability to suffer, under the influence of the drive of conciliation, as was the case for Freud with the principle of reality, as an intelligent reaction of femininity: "The wisest gives in." In other parts of the *Diary* Ferenczi considers the principle of conciliation or harmony to be the absolute principle that must be considered and without which no change can be made, proposing the idea of a ubiquitous influence of the feminine and overcoming the gender condition.

It is also stressed that the unilateral prevalence of the egoistic principle is sadism, the one of goodness, related to the feminine principle, is masochism, thus proceeding to a dissolution of the drives.

With regard to the *principle of resignation*, sometimes called that of accommodation, and defined as autoplasmic adaptation, it stands as a principle of Freudian reality in contrast to the principle of pleasure. For Ferenczi, the victim's aggressive reaction after trauma is followed by a sense of anguish, with a further stage of obedience.

Ferenczi wonders whether aggression or regression toward self-destruction comes first. Killing is absolutely impossible because the child would remain alone, thus the only choice for him/her is self-destruction as a response to the anguish caused by the non-responsive environment with the consequent adaptive modalities: dissociation, or identification. In the latter case, one's emotions disappear and the will of the other takes over, as in the identification with the aggressor or in superegoic identifications, in the sense of "living the life of another" (*Clinical Diary*, p. 266). This process of identification seems to be the medium through which the *principle of obedience* is implemented. Self-destruction is countered by obedience, which becomes the impulse of life intrinsic to the subject (*Clinical Diary* p. 194). When the ego does not have its own individuality<sup>2</sup>, mimicry takes over: in this phase the situation of displeasure is ended through a resignation and an immediate adaptation of one's Self to the environment, which is adhesive and functional to the relationship with the adult (*Clinical Diary*, p. 236). Ferenczi mentions two forms of adaptation: autoplasmic under the aegis of the death drive leading to adaptation and then to the trauma and alloplasmic involving a vitality and a reaction principle (life drive).

The concept of *death drive* is present in Ferenczi's quote from the

---

<sup>2</sup> *Mimicry*: imitation in the animal world of colours and shapes belonging to the environment for protective or aggressive purposes, they may even be random and without purpose.

*Clinical Diary* of 13 August (p. 303) which encapsulates his thinking and his distance from Freud: “The idea of the death drive goes too far, it is already tinted with sadism,<sup>3</sup> the relaxation drive and the dividing (sharing) of pleasure and sorrow accumulated in excess are what is real, or rather what was real, when it had not yet been disturbed in an artificial and traumatic way.” The weakness of the vital capacity would therefore depend not so much on the action of the death drive, but on the consequence of early and real trauma: the destructive impulses would take effect when the child does not receive the love, tenderness and conditions of protection and care from his/her parents that allow him/her to consolidate the life drive.

Ferenczi, in fact, in the *The Unwelcome Child and his Death-Instinct* (1929b) states that the child has an innate tendency to slide toward death: “The infant is much closer to non-existence than the adult who is separated from it by the experience of life (...). The life force that endures life is therefore not so great at birth and it seems to be consolidated after a progressive immunization against physical and mental damage, guaranteed only by treatment and education managed with tact” (p. 363). He adds that only with maturity is the life drive able to counterbalance the destructive forces. Ferenczi also makes an aside on Freud’s cases, which appear to suffer from a congenital weakness of vital capacity, when he states that the congenital aspect of this weakness is only apparent as it results from early trauma. The Author, who seems to agree with the Freudian assumptions of the death drive,<sup>4</sup> criticized by many since its metapsychological onset, strongly shifts the emphasis to caregivers, suggesting a connection between transmitted conscious or unconscious messages, explaining his perspective on the importance of the traumatic role through the example of a mother showing her rejection and impatience.

Even Karl Abraham did not accept the theory of the death drive, although he had never openly taken a stand against it, and in his *Essay on Segantini (1911)* he speaks of a «lust for death» which will push the artist toward self-destruction. In this case, it was death that triumphed and his desire had been born with him and had never abandoned him.<sup>5</sup> Although Segantini had tried to compensate, reconcile and sublimate the drives that fought within him through his paintings, and to harmoniously unite life and death, the early experience of the loss of “his beloved mother” produced in

---

<sup>3</sup> Sadism understood as a deviation toward the object of the death drive that becomes manifest only in relation to the object.

<sup>4</sup> In *Beyond the principle of pleasure* (1920) Freud theorizes a fundamental category of the impulses that oppose the life drive and have a tendency towards the complete resolution of tensions, leading the individual to an inorganic state.

<sup>5</sup> The artist lost his very young mother when he was just born and he too was in danger in life because of his frail condition, to which the death of his brother was also added.

him an incurable pain that interfered with his life. In this essay Abraham shifts the origin of the evolution of melancholy from the oedipal conflict to the maternal traumatic by inserting it into the psychopathological story:<sup>6</sup> in fact, the hatred produced will be decisive for giving rise to mourning or melancholy.

Abraham's view differs, however, from the inherent relationality of Ferenczi's thought, in that it does not emphasize the child's trauma or his/her specific weakness but values the responsibility of the primary object and the character availability of the subject, without attributing specificity to the action of the death drive. These experiences remind us of the concept of "cumulative trauma" of Masud Khan (1979) and concern the "not being wanted" or "being greeted with hardness or without affection", or "being welcomed and then abandoned", as in the case of Segantini, with the early death of his mother.

Ferenczi builds a bridge between these subjects and their suicidal tendencies: "They die easily and willingly and can use many organic means for a rapid death and if they escape this fate they retain pessimism and tedium in life" (Ferenczi, 1929b, p. 363).

He concludes that it is only with the oedipal conflicts and the demands of genitality that the consequences of the "tedium of life", whose origin is more remote, become manifest.

The child is totally dependent on the mother who can establish a relationship that is life-enforcing or death-enforcing.

The child, then, will introject the real relationship with the mother. This is the big difference with Freud in the sense that the death drive must be seen as the result of a missed encounter with the environment, reassessing the relational dimension at the expense of the instinctual one.

With this concept,<sup>7</sup> Ferenczi pre-empts Spitz's later research into the *anaclitic depression* construct, and inaugurates a line of research, which, from Searles and Bolwby arrives to Kohut,<sup>8</sup> on the existence of a destructive secondary rage to a wound of the Self, devaluing the Freudian energy drive hypothesis and not considering impulses as isolated components.

In summary, although Ferenczi did not diversify the concept of instinct and drive, in the various passages examined his thinking on this subject can be considered threefold: i) comparable to a dead relationship that does not allow for the vivification of the impulse of life (particularly in the newborn), ii) comparable to a traumatic relationship in the context of an objec-

---

<sup>6</sup> It should be noted that Abraham was one of the first analysts who followed this line.

<sup>7</sup> It occurs when children, hospitalized early and removed from maternal care, manifest noticeable psychophysical degradations, indicative of their desire to let themselves die.

<sup>8</sup> For Kohut, aggression is secondary and not primary and arises originally as a result of the failure of the non-empathetic object-Self to correspond with the child's need.

tive relationship that can give rise to an active search for that traumatic object characterized as an object of love (repeating traumatic coaction), iii) similar to the trauma itself, which is expressed through a process of fragmentation that generates split parts considered as dead parts of the Self.

## Observational theories

The second-level axioms, consisting of observational theories, describe the unconscious processes close to clinical practice that, as a result of mostly traumatic experiences, result in dissociations and fixations at various levels.

Below are some examples that can be explored and researched.

The concept of “wise baby” was introduced by Ferenczi in his short essay in the *The Dream of the “Wise Baby”* (1923) in reference to children who, due to deprivation of care in early childhood, could develop strong intelligence and self-destructiveness. These children are forced to take on the role of parents toward their parents to protect them, because the destruction of the internal image of the father and mother could lead to their psychic death. To avoid this, they fragment their personality, keeping the omnipotent part at the expense of the part most in need of care. They fear abandonment and defend themselves by closing themselves in or seeking a substitute for the healthy dependence that was never experienced, to the point of structuring a mystified personality. Subjects who, transported in the wave of seduction or terrorism of suffering, found a way to compensate for the frustrations produced by the environment by prematurely acquiring the expression of wise men, adults, and those who have a strong tendency to adopt maternal attitudes by helping others. Regarding *Trauma* Ferenczi states that: “... if the trauma affects an unprepared soul or body, that is, that without a counterinvestment, then it acts on the body and spirit in a destructive way, that is, by fragmenting them. The cohesive strength of individual fragments and elements is lacking. Organ fragments, organ elements, fragments and psychic elements are dissociated” (*Clinical Diary*, p. 133). Ferenczi insists on the existence of a *real traumatic factor* that is linked to sudden external events that exceed the individual’s ability to deal with them, also referred to as an exogenous element. This understanding, which remains in the background as a “railway spine” concept (Balint, 1949), that is, something that strikes and overwhelms, was used by Freud and Breuer in the *Studies on Hysteria* (1892-5), whose aetiology was linked to a traumatic episode of child seduction. The seduction of the adult, which for Ferenczi is real, causes a trauma in the child who is silenced by the adult’s authority, loses the ability to think.

*Identification with the aggressor* is structured as a result (Rocchi, 2014): the child tries to enter the aggressor’s head and guess his desires to please him.

The relationship with the aggressor is internalized and the aggressor ceases to exist as an external aggressor and becomes a part of the child's Self. The result is the annulment of the aggression and the restoration of the pleasant pre-traumatic reality.

For Ferenczi, in fact, in the face of a traumatic impact, the fragile psyche of the child splits, cancelling and erasing its Self: so, the victim, doing what the aggressor expects, identifies with the aggressor becoming him/her. All this is because the child cannot change the external reality, such as being able to protest, for example, and the only possible change is on the Self. Then the child dissociates the trauma, in order to preserve maternal tenderness: the sense of security and protection.

Another highly pathogenic factor is the lack of a witness; the mother is no help, and if the child acts as a bad child, he/she deserves the punishment of the parent. This causes the child to take on the hate and save the parent.

According to Ferenczi, the trauma is also present in the perversions of the child as a result of exogenous conditioning, which blocks his/her healthy development: introjection of the parent's, desires and trauma. The Author is, in fact, convinced that the ambivalence toward the object of love is due to the sense of guilt. It is the guilt that can turn the object of love into an object of hate: guilt and hatred towards the person who seduced the child turn playful child eroticism into adult sexual sadomasochism. (*Clinical Diary*, p. 426).

Ferenczi has also proposed a reinterpretation of the theory of sexual development with a criticism of the Oedipus complex which he considers to be an excess of passion triggered by the parent, so from the outside, and not as an incestuous desire of the child toward the mother, a natural product of the child's development. His position, with respect to Freudian theories, overturning the concept of the Oedipus complex in favour of the child and to the detriment of the parent: the parent seduces the child who is the victim and not the other way around. Ferenczi (1929a) is inclined to give more importance: "to incestuous tendencies repressed in adults, which present themselves under the mask of tenderness." In this regard, he claims that: "Children want nothing more than to be treated in a kind, tender and sweet way. Their motions and gestures are delicate and when they are not, there is something wrong." The Author concludes by asking himself: "... how much concerns the child's eternal love for the mother and how much the child's desire to kill the rival father would develop entirely spontaneously, even without an early introduction of passionate adult eroticism and genitality...?" (*Clinical Diary*, 5 April).

Ferenczi often deals with genitality compromised by trauma, in particular noting a regression toward anality in the event of threats and prohibitions. "It cannot be ruled out - adds Ferenczi - that anal eroticism is in fact a hysterical genitalization by displacement and that anal deposit is the final

result of a struggle for genitality” (*Clinical Diary*, p. 204). The genitality and urethrality complex is taken up in the *Clinical Diary* (p. 268) where Ferenczi argues that due to physical proximity it is easy to shift interest and sensations of the genital organs to the bladder and intestines, and for this reason children should not be prohibited from complaining about intestinal and urinary disorders as, indeed, adults do. The topic of erogenous zones is dealt with in several passages of the *Diary* (p. 287) and in the *Confusion of Tongues* (p. 425), where Ferenczi openly criticizes aspects of the theory of Freudian genitality urging for a restructuring which unfortunately however, he only sketches out or mentions in passing.

Ferenczi tackles the theme of the *Guardian Angel* by returning to the case of R.N., who was brutally abused by her father. When this happens the object relationship was impossible, transforming it into a narcissistic relationship where the child did things alone and, “abandoned by all the Gods”, alienated herself from reality by creating another world within which she could have what she lacked. She detached from her Self a piece in the form of a person: the guardian angel, who assists with maternal love and cares for her tormented part. All this “with the greatest wisdom and penetrating intelligence.” The guardian angel is “the personification of goodness itself, which promotes the production of fulfillment hallucinations and consoling ghosts” (*Clinical Diary*, p. 56).

In doing so, R.N. had carried out an autotomy of the divided mind, henceforth, into two different personalities that lived separately; an extreme way to save herself and protect her Self, the only way to exist.<sup>9</sup>

The neologism *intropression*, considered a precursor to projective identification, was first introduced by Ferenczi in the last annotation in *Notes and Fragments* (1932c)<sup>10</sup> as “Intropression of the Super Ego”. Intropression must be regarded as the “reciprocal relational” of introjection, or forced introjection, which Ferenczi traces back to authoritarian and severely intrusive forms of education. With this concept, the Author seeks to define the notion of introjection for the devastating effects of violence and parental repression on children, which inoculates the guilt, secrecy and prohibition of thinking. It also established a way of conceiving and using psychoanalytic practice, which involved submission and the inability to manage one’s own mental resources.

By broadening the field, we can therefore affirm that intropression, by generating a strong identification, makes it impossible to disidentify from

<sup>9</sup> This psychic condition would seem similar to hallucinosis and hypnoid states in hysteria, as in the case of the fable of the “Little Match Girl” who, surrounded by people who do not support her art and life, imagines fantastical situations by lighting her matches one by one to save herself.

<sup>10</sup> *Child analysis*, education is a *compression within* the Super Ego (by adults).



the aggressor (Cabr , 2014); a problem that Ferenczi had already discussed in 1927 in *The Adaptation of the Family to the Child*. In fact, introversion represents an attempt to disqualify and deny the representations and thoughts of the child, but also those of the patient, with the consequent loss of confidence in the value of the interpretation of psychic reality. It can cause the annihilation of narcissistic needs, impeding the development of potential individual abilities, which are replaced by foreign transplants belonging to the one who imposes them, and permanently deform the host. In short, introversion is an unconscious communication through which superegoic content is transmitted, forcibly interfered with, to control, manipulate, and subdue the subject's mind. Ferenczi argues that it is scientifically important that the still weakly developed personality responds to sudden displeasure, rather than through defense processes, with identification through fear, and introjection of the other who threatens or assaults.

In the face of trauma, Ferenczi describes this concept as a protective mode of "self-healing", an autoplasmic defence that splits the person into a purely cognitive psychic being, observing events from outside the Ego: a part that knows and sees everything but feels nothing (narcissistic dimension), and another that suffers, but does not understand and is powerless and defenceless in its pain (childhood dimension). A painful self-isolation, an event that takes place within the unrepresented and unrepresentable, in place of which there is a psychic death, an autotomy or, to put it in Green's words (1983), a void deprived of emotional tones, where the introjected absence produces a chasm on the "structure" that animates the production of the sense of the death narcissist with non-sense. This mechanism favours the establishment of a narcissistic prosthesis: a protective narcissism which by its nature, can become megalomaniacal (*Clinical Diary*, p. 179) hindering the establishment of a healthy narcissism and the internalization of an object capable of containing and modulating impulses and excitations. This creates a primary fragility that can become irreversible. It is interesting to note how this and other concepts have highlighted Ferenczi's contribution to the understanding and treatment of narcissistic and borderline disorders.

### The evolution of Ferenczi's thinking via contemporary authors (Winnicott, Bolwby, Bromberg, Liotti and Farina, Kohut, Searles)

We will discuss some heuristic implications of Ferenczi's thoughts which find parallels with other influential authors and testify to the preciousness of his theories and his germinative and pro-parental character.

Beginning with Winnicott we find numerous similarities with Ferenczi's thinking, despite him being an analyst who is not inclined on citing his colleagues. We need only think of what Glauco Carloni defined (2001), when

referring to Ferenczi, as the term *maternal style* to underline a therapeutic set-up within which the analytical situation was equated to the mother-child relationship. A set-up developed by Winnicott in concepts such as good enough mother, holding, handling, to describe, with the term primary maternal preoccupation, the ability of the mother to adapt to the needs of the child in a natural and spontaneous way. The ability that the analyst acquires in order to adapt to the needs of the patient, allowing him/her to empathize with the patient's primary needs in an intersubjective relationship. Ferenczi and Winnicott not only focused on the relationship with the mother but considered the environment and external reality to be decisive for the individual, confirming the importance of reality within the therapeutic relationship.

When Winnicott then proposed analysis as a game he moved closer to some theoretical clinical insights already formulated by Ferenczi in: *The Adaptation of the Family to the Child* (1927) where he described, 25 years before Winnicott, the concept of "transitional object". While in *Child-Analysis in the Analysis of Adults* (1931) he insisted on the need to apply the experience of child analysts to adult treatment.

Ferenczi, in fact, with some patients, preferred to modify the classical technique and adapt to the patients, using a relationship based on the coordinates of the mother-child bond, rather than using frustration and giving up treating them.

Ferenczi, is present in Winnicott with the concept of the *Wise Baby* (1923), which can be assimilated to the *False Self* as a child's defense against maternal deficiencies (Winnicott, 1960).

These reflections on the birth of an adapted object are also found in Ferenczi in the term *teratoma*, described as a principle of relaxation and neocatharsis (1929a): "to have in a hidden part of the body a twin embryo whose development has stopped and whose preservation constitutes a threat to the whole person" (p. 394). It seems, nevertheless, that in this case the teratoma is the monstrous twin hidden in the psyche and not the hider, as in the false Self.

It should also be pointed out how Ferenczi's fragile containment ability to communicate countertransference feelings to the patient will be developed, later, in Winnicott's famous 1947 Article on *Hate in the Countertransference*. In this essay, the confession of the therapist's hatred of his patient is not only desirable but, on the contrary, both the patient and the psychoanalytic process can benefit from it. The patient, as Winnicott argues, needs hatred in order to hate because: "one cannot expect a psychotic patient in analysis to tolerate his/her hatred towards the analyst until the analyst is able to hate the patient" (p. 244).

Ferenczi's continuity in Winnicott's thinking is finally found in *Playing and Reality* (1971) when he states that the analyst should hide his knowledge and avoid displaying it. Only in this way will the analyst favour the

knowledge of the patient, whose creativity can be destroyed by the traumatic effect of an analyst who knows too much, hindering the patient's ability to represent and symbolize his mental processes autonomously.

These recommendations echo Ferenczian concepts such as empathy, professional hypocrisy, interpretative fanaticism, the admission of errors by the analyst and, above all, humility (Ferenczi, 1928) as an essential technical and ethical factor for the psychoanalyst, who denies the idea of the omniscient analyst.

A further development of Ferenczi's thinking is seen in Bowlby (1969), who, in studying the effects of events in childhood on the development of the child, considers it impossible to understand the individual outside the environment in which he/she was formed (Bowlby, 1973), valuing the aspect of the context that was so dear to Ferenczi as well. Bowlby does not limit himself to obvious events, but highlights everyday facts and behaviours, such as the ongoing pressures that each individual experiences and/or exerts in their relationship with others, which are necessary to maintain, re-establish or change their identity.

In the process leading to the construction of the child's subjectivity, the effects of distortion and exclusions in the communication between parents and children, as well as those relating to pre-existing fantasies in parents, become important.

Parents may have more or less desired a child, expected a child of a different sex, thought of a replacement for a lost or missing person, etc. In this sense, Bowlby, developing Ferenczi's brilliant intuitions, broadens the concept of trauma by giving it a more conspicuous relational and transgenerational connotation in the debate between the intrapsychic and the environment.

Bowlby does not speak of object relationship, his interest is to give a scientific basis to attachment theory, starting with ethology, which he speaks of extensively, and Darwin's theories. The author is not in agreement with Freud with regard to the innate mechanism of survival; instead, it is the constant proximity of the mother that is the necessary precondition for satisfying the needs of the child: "The newborn automatically attaches to the caregiver, both from the point of view of behaviour and from an emotional point of view, the mother must do nothing, must not affirm her importance by gratifying the needs of the child, it is enough just to be present."<sup>11</sup>

For Bowlby, attachment is a fundamental and innate biological need in the species and does not speak of drives because he is focused on the centrality of the relationship. Bowlby moves closer to Ferenczi when he says:

---

<sup>11</sup> An attitude that we often observe in patients who via analysis find this lost, wasteful or insufficient condition: for them it is enough to be there.

“I believe that in my work there are two main points [...] the first is the importance of the events of real life [...] the second concerns the desire for comfort, protection, reassurance especially when one is in a state of suffering and unhappiness that is not at all a childhood desire but the natural state of man when he is deeply troubled”. (Hunter, 1994).

Bromberg takes up the Ferenczian concept of trauma, elaborating it and expanding its contours. Unprocessed child traumatic experiences are found in the psyche as dissociated islands that constitute a multiplicity of states of the Self. Trauma, for this author, is characterized by an initial hyperactivation and only later by dissociation. Hyperactivation is disorganizational and threatens to overwhelm the mental ability to reflect and cognitively process the experience, leading the subject toward depersonalization, annihilation, and loss of continuity of the sense of Self. Dissociation, which manifests itself later, is the defense of an untenable condition, and aims to protect from the fragmentation of the Self that leads up to psychic death, which is: “The inability to maintain the inner sense of being alive” (McGilchrist, quoted by Allan Schore in Bromberg’s introduction of «The Shadow of the Tsunami»).

What differentiates Ferenczi from Bromberg is the absence of hyperactivation: Ferenczi speaks of silencing, to underline the child’s inability to react to the adult due to his or her condition of submission. However, both authors speak of dissolution of the Self but, while for Bromberg dissociation leads to isolating a part of the traumatized Self into a closed monad that allows for survival, for Ferenczi personality does not progress, nor does it evolve. Dissociation, therefore, for Bromberg allows for adaptive functioning, despite the traumatic experiences of anguish that characterize some states of the Self.

Both Authors agree on the importance of the relationship: the psychic apparatus is always and only in relation to another and is determined by the object relationship. Protection, reassurance and tenderness bring these authors closer in their approach to the patient.

At the basis of every psychopathological situation Bromberg sees a traumatic dimension that, via dissociation, limits mental life in the ability to reflect, creating a condition of relational incapacity. In this sense, for the understanding of dissociative processes in relation to traumatic situations, Bromberg’s theory (2007) can be considered a fundamental point of reference for contemporary psychoanalysis. Indeed, Bromberg’s model of the psychic apparatus is not organized in the classical psychoanalytic sense by repression, but on the basis of dissociative processes.

In Bromberg’s clinical practice there is also a shift of interest from the reconstruction of the patient’s personal history to the interactions between the patient and the therapist, giving greater importance to *enactment* and the subjective experience of the patient and analyst and the structuring of a relational

space where the subject feels safe. Even with this Author, as with Bowlby, we can trace the presence of a “relational” common thread that starting from Ferenczi conducts psychoanalytic research up to the present time.

Liotti and Farina's (2011) contributions on dissociation deserve particular attention. The authors point out that disorganized attachment in the first year of life is a powerful predictor of dissociation, much more so than subsequent traumas. They argue that the interaction between traumatic memories and disorganized attachment may represent the necessary antecedent of pathological dissociation.

The possible underlying mechanism would seem to lie in the specific interaction between two evolving innate motivational systems: the defence system and the attachment system.

The defence system deserves special attention because it is involved in all traumatic experiences with its neurophysiological responses and results in the activation of many symptoms observable in patients suffering from the results of psychological trauma, such as fainting symptoms, motor uncertainty, obtundation and typical pervasive feeling of personal impotence. Ferenczi had already pointed out that the defensive function in the face of trauma had bodily responses.

There are numerous themes dear to Ferenczi, which we find in Kohut, such as fragmentation in response to the traumatic condition, and even more so the concept of narcissism, as is evident from the *Clinical Diary*: “An indispensable basis of personality, narcissism, that is, the recognition and affirmation of one's Self as a truly existing, precious entity, with a certain magnitude, shape and meaning, can only be achieved if the positive interest of the environment – let us say libido – somehow guarantees, via the external drive, the solidity of that personality form. Without such a counterthrust, such as love, the individual tends to explode, to dissolve into the universe, perhaps to die.” (p. 210)

The above content is confirmed by operational theory no.13 extrapolated by us: «The analyst must be completely available to the patient and stimulate in the patient that narcissism that is lacking in stimulating him to life». Again, a mutual space recommended by Ferenczi and later by his subsequent supporters to solve serious mental disorders.

Kohut, in agreement with Winnicott, thinks that aggression does not come from a primary destructive drive, but from deficient or traumatic experiences. It is necessary, Kohut (1971) argues, that the real objects behave in a way that satisfies the needs of the child's object-Self, that they constitute for him/her a deposit of perfection, strength and goodness (*idealized parental imago*), capable of providing admiration, sending back to the child an image of perfection (*grandiose Self*).

If the needs of the child have not been understood and satisfied in the right way, if empathic failures and traumas have occurred, narcissism does

not evolve toward a mature development but remains fixed where the relational failure has occurred.

A fragmentation of the psycho-corporeal Self and the object-Self is thus determined, which prevent the development of idealizing translations by fostering a regressive state in the face of trauma, that is disarticulated, fragmented, and unable to manage psychic pain.

Harold Searles deserves special mention. In his essay “*The Patient as Therapist to his Analyst*”, included in the collection on *Countertransference* (1979), which resembles the Ferenczian elaboration of mutual analysis quite closely, emphasizing the concept that: “[...] the more sick a patient is, the more necessary it is for the success of the therapy that he/she becomes a therapist for the one who has officially been designated as his/her therapist, that is, the analyst [...]” (p. 281).

In fact, although psychoanalytic literature has been written primarily on the assumption that the analyst is healthy, and therefore does not need the help of the patient, the analyst’s psychopathology can remain masked in the patient’s psychopathology.

The author reinforces the concept of *therapeutic symbiosis*, that is, symbiosis in the relationship between patient and therapist, which, as it did for Ferenczi, traces back to the healthy relationship between mother and newborn, and represents a necessary stage in the treatment of psychosis.

For Searles and for Ferenczi, the schizophrenic has also lost the boundaries of the Ego, referring to the problem of differentiation between the infant’s Ego and the outside world, considered as: “one of the fundamental conditions of the identification process” (p. 307). For this to happen, a symbiotic relationship between the infant and the nurturer is indispensable, defending a concept of the psychoanalytic relationship that is essentially symmetrical.

But in Searles we also rediscover Ferenczi in the “*Collected Papers on Schizophrenia*” (1965) where two of his works are mentioned: *Evolutionary stages of the sense of reality* (1913) and *Thalassa* (1924),

In the latter, the question of the ‘boundaries of the Ego’ is proposed again in the context of the love relationship that is similar to breastfeeding. Two situations characterized by a strong mutual involvement in bodily intimacy, with a similar state of the Ego of the two participants. In *Sexual processes in schizophrenia* Searles shares this idea with Ferenczi, when he compares: “the abandonment of boundaries during orgasm with the state of undifferentiation in the development of the newborn Ego and the lack of boundaries of the self between the mother and her baby during feeding” (p. 415).

The author confirms that in the first months of life, when we were not very differentiated, the presence of a “foreign and dangerous” environment is similar to the absence of boundaries that characterizes sexual orgasm, present in schizophrenics as the state of the Self.

Another equally significant aspect of Searles' work, analogous to that of Ferenczi, is described in *Oedipal Love in the Counter Transference* (1965), where the importance of communications to patients is explained.

All these issues remind us of the *Clinical Diary*, despite the fact that it was published many years after the publication of Searles' work, which, with regard to traditional psychoanalysis, stated that: "to the extent that it is strictly traditional, it is essentially the result of delirium".

### The axiomatic classification of the *Clinical Diary* as the basis for conceptual research on Ferenczi's thinking

As we have seen the statements in the *Clinical Diary* that we have attributed with our axiomatic classification under the term 'operational theories' are the most numerous. This is not surprising, given Ferenczi's generally acknowledged interest in clinical concepts rather than metapsychological elaboration. The precise description of the 'operational theories' contained in the *Clinical Diary* allows for a systematic investigation into the origin of many theoretical-clinical concepts that characterize the current relational orientations of psychoanalysis. It is a job we want to do in the future. Here we will show an initial approach to this investigation with regard to three specific 'operational theories' that we have defined; they are the pillars of many current trends in relational psychoanalysis:

24. Traumatic repetition of parental behavior in analysis for therapeutic purposes
26. Separating the patient from maternal dynamics through the reality process
32. Interpreting a dream by creating an emotional context that triggers the patient on the manifested part

Let us start with operational theory number 24. Traumatic repetition of parental behavior in analysis for therapeutic purposes. Traumatic repetition as a situation in analysis is explained via a case in the *Diary*. In particular, with patient B. Ferenczi goes so far as to say that in the analytical situation, in any case, the patient is re-traumatized because: "that even if the analyst behaves as he sees fit, pushing kindness and relaxation to the limits what is possible, there will always come a time when he/she will have to reproduce with his own hands the murder once perpetrated on the patient. However, unlike the initial crime, he/she is not allowed to deny his/her guilt." Ferenczi points out that he does this: "by recognizing, without wishing to disguise it, the inadequacy of my help and not hiding my painful feelings in this regard (...)" he concludes – "However, there is

a difference between our sincerity and the hypocritical silence of the parents!”.

This theory can be matched and traced to current trends in relational psychoanalysis that emphasize the importance of the real patient-analyst relationship such as interpersonal orientation. In particular, according to this orientation, the therapeutic relationship can be conceptualized as a knotting of the real relationship and the transference relationship that is not always possible to disentangle. Levenson (1983), via his concept of isomorphic transformation of the analytic relationship, is, among others, the contemporary Author who has most modernly elaborated the concept of patient re-traumatization. The isomorphic transformation of the therapeutic relationship takes place, according to Levenson, when it assumes almost the same characteristics as the relationship that was traumatic in the patient's history. The analyst is trapped there as he is deeply identified with a pathological object of the patient's life, with a mechanism very similar to Racker's complementary countertransference (1964). Unlike historical parents, however, Levenson argues that the patient's suffering is not due to himself/herself but to the analyst, with the therapeutic outcome of alleviating the patient's inappropriate guilt.

Operational theory number 26. Separating the patient from maternal dynamics through the reality process, is also a fundamental concept of interpersonal psychoanalysis in the context of modern relational orientations. Clara Thompson, one of Ferenczi's patients described in the Clinical Diary with the acronym D.M., had already highlighted this aspect in her Article on Ferenczi's *relaxation method* (Thompson, 1964). In fact, she writes in this work, regarding the meaning of analytical work – “The ideal for him was that the relationship should gradually change, as the mother-child relationship changes during the course of a child's growth. For this purpose, he suggested helping the patient become more aware of the real situation in the analysis, gradually leading him to evaluate how many of his/her feelings came from transference and how many from what the analyst actually had as his/her object. We know that it is often the case that the patient recognizes a real element of the analyst's personality to link a similar element to it of the personality of one of the parents, which is generally more pronounced. Analysing the situation as if it were only a matter of transference, i.e. reporting everything to the parent and assuming that the analyst does not have such personality disorders ends up confusing the patient, who often understands the truth, whether the analyst denies it or simply silently accepts his/her observations.” Lucidly, Clara Thompson points out here that the last works of Ferenczi, of the last 6 or 7 years of his scientific production, are an attempt to recover the concept of trauma that Freud had used before 1897 to explain his patients' hysterical symptoms. In clinical theory, the relationship between reality and transference in analysis is conceived in a more complex, less simplistic, modern way, but it is significant that Ferenczi anticipated it in the Diary.



As for operational theory number 32. Interpreting a dream by creating an emotional context that triggers the patient on the manifested part, it is today accepted by most relational Authors in that the work of interpretation should be carried out at the level of the manifest text, with the abandonment of the Freudian dichotomy of the manifest dream and the latent dream, in the context of a conception of therapeutic action aimed at enhancing the unrepressed unconscious, the importance of intercorporeality and mutual sensory contact. This leads to the consequent enhancement of the process of co-construction of the meaning of the dream, within the context of the patient-analyst emotional relationship. A timely review of the interpretation of dreams through the use of manifest text was carried out by Sandro Panizza in his recent monograph on interpretation (Panizza, 2016), and we refer readers to this for further insights.

## Conclusions

Beyond the period in time when the *Diary* was written, we were struck by its modernity and the echo that is felt by many contemporary authors despite the fact that Cremerius (1991) (who compiled a list of analysts who<sup>12</sup> are indebted to Ferenczi's teachings) observed that they generally never reference him or even seem to repudiate him, casting a shadow of shame on the famous probity of science.

Indeed, we also found that this forgetfulness is not always due to conformist adherence to the ostracism to which Jones condemned him as psychotic. Too many times, at a rereading of Ferenczi, we were surprised to find some considerations that we believed were the result of our personal experiences and reflections. Even for Winnicott, when in his Postscript entitled *Donald Winnicott on Donald Winnicott*, in the collection "Psychoanalytic Explorations" (1959), he confesses that: "It's certainly possible that I took this idea of mine about antisocial tendency and hope, which was extremely important to me in clinical practice, from somewhere. I never know what I got from a glance at Ferenczi, for example, or from a footnote by Freud." The mere presence of Ferenczi alongside Freud, as forgotten suggesters of his own ideas, seems to us Winnicott's most subdued appreciation for this Author.

It is not easy to draw conclusions from a myriad of theories, concepts, clinical data and elements of psychoanalytic technique such as those we encountered in the systematization of his thinking, whose vastness has been compared to that of a sea (Antonelli, 1977). The most significant result has

---

<sup>12</sup> The Author quotes Winnicott, Mahler, Masud Khan, Spitz, Kohut, Searles, Sullivan, Fairbairn etc.

been the exponential dominance of the operational theories over the three preceding them, representing more than half of the entire Ferenczian axiomatics that irrefutably confirms his predilection for technique and relationship with the patient over theory, which was instead favoured by his Maestro.

In fact, Ferenczi did not have time to set up a new metapsychology, despite, perhaps, thinking about it. One must only look at the axioms found in our study, and the affirmation of Lacan (1966) who considers him: “[...] the first generation author best suited to discuss what is required of the psychoanalyst” (p. 334); a confirmation of his interest in the analyst’s metapsychology, which is made explicit to us in the “Elasticity of Psychoanalytic Technique” (Ferenczi, 1927) when he argues that: “A problem not touched on until today [...] is that of a metapsychology that remains to be studied regarding the analyst’s psychic processes during analysis” (p. 316).

Nevertheless, even according to Balint (1968) Ferenczi believed that technique was his preferred topic, because he was more interested in solving psychoanalysis through his therapeutic action in a particular psychic experience than, as Wolstein (1993) argues, confining it to a hermeneutic reflection on the existential dualities of life. Ferenczi felt like a clinician, committed to patient care and more stimulated by therapeutic value than by theories, for which he had less passion. Unlike Freud, he was not interested in: “[...] finding something new, but rather testing my technique to achieve better results” with patients (Ferenczi a Freud, 6 novembre 1921, in Grubrich-Simitis, 1986).

But the central point of his work is the exogenous experience of an Ego in relation to the environment, in a tension toward the original state of pleasure generated by the environment itself, firstly a marine environment, as described in *Thalassa* (1924), and then maternal in *Stages in the Development of the Sense of Reality* (1913) or, conversely, overcome by relational trauma in the *Confusion of Tongues between Adults and the Child* (1932a).

With Ferenczi, we went from a theory of drives in relation to the object only accidentally, to one that attributes a pivotal role to the development of the child’s personality, the character of the parents, and the way the interpersonal system works, laying the foundations for relational, two-person, and intersubjective psychoanalysis.

As Bolognini (2016) states: “A considerable part of current psychoanalysis can afford to explicitly recognize its debt and its line of descent from the very Ferenczian matrix, without feeling at the margins of orthodoxy for this” (p. 11).

In conclusion, we were able to see how much innovation Ferenczi’s work has brought to psychoanalytic thought, even permitting Freud (1933) to affirm in his obituary that, thanks to Ferenczi’s work: “every analyst can be said to be his student” (p. 320). However, our work is not over yet, because any axiom identified can be the subject of insight and study regarding Ferenczi’s work, which is considered a construction site that is open to the elaboration of new ideas and that we intend to analyse in more depth in the future, hoping that others can also do so.

## REFERENCES

- Abraham K. (1911). Giovanni Segantini, un saggio psicoanalitico. In *Biografie psicoanalitiche*. Opere, vol. 2 Bollati Boringhieri, Torino, 1975.
- Antonelli G. (1977). Il mare di Ferenczi. 2 Ed. Alpes Italia srl Roma 2014.
- Balint M. (1949). Sandor Ferenczi, Obituary. 1933. *The International Journal of Psychoanalysis* 30, 215-219.
- Balint M. (1968). Difetto fondamentale Cortina, Milano, 1988.
- Bolognini S. Prefazione. In Cabrè (a cura di). *Autenticità e Reciprocità. Un dialogo con Ferenczi*. Franco Angeli, Milano 2016.
- Bowlby, J. (1969). Attaccamento e perdita. 1: l'attaccamento alla madre. Torino: Bollati Boringhieri, 1972.
- Bowlby, J. (1973). Attaccamento e perdita. 2: la separazione dalla madre. Torino: Bollati Boringhieri, 1975.
- Bromberg P. (2007). Clinica del trauma e della dissociazione-Standing in the space. Milano, Raffaello Cortina ed.
- Martin Cabrè J.L. (2014). Dall'introiezione all'intropressione: evoluzione di un concetto teorico e sue conseguenze nella tecnica psicoanalitica. *Richard e Piggie* 22, 3.
- Carloni G. (2001). Lo stile materno. In Bonomi C, Borgogno F. La catastrofe e i suoi simboli" UTET Torino, 2001.
- Cremerius J. (1991). Limiti e possibilità della tecnica psicoanalitica Bollati Boringhieri, Torino.
- Ferenczi S. (1913). Fasi evolutive del senso di realtà, in Opere, vol. 2, Cortina, Milano, 2002.
- Ferenczi S. (1923). Il sogno del "poppante saggio". In: *Fondamenti di Psicoanalisi*, Vol. 3, Guaraldi, Rimini, 1974.
- Ferenczi S. (1924). Thalassa. Saggio sulla teoria della genitalità in Opere, Vol. 3, Cortina, Milano, 2002.
- Ferenczi S. (1927). L'adattamento della famiglia al bambino in *Fondamenti di Psicoanalisi*, Vol. 3, Guaraldi, Rimini, 1974.
- Ferenczi S. (1927-8). Elasticità della tecnica psicoanalitica in *Fondamenti di Psicoanalisi*, Vol. 3, Guaraldi, Rimini, 1974.
- Ferenczi S. (1929a). Principio di Distensione e Neocatarsi, in Opere, Vol. 4, Cortina, Milano, 2002.
- Ferenczi, S. (1929b), Il bambino mal accolto e la sua pulsione di morte, In Opere V. 4, Raffaello Cortina, Milano 2002.
- Ferenczi S. (1931). Le analisi infantili sugli adulti. In *Fondamenti di Psicoanalisi*, Vol. 3 Rimini: Guaraldi, 1974.
- Ferenczi S. (1932a). Confusione delle lingue tra adulti e bambini. In: *Fondamenti di Psicoanalisi*, Vol. 3, Guaraldi, Rimini, 1974.
- Ferenczi S. (1932b). Diario Clinico. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1988.
- Ferenczi S. (1932c). Note e Frammenti, in Opere, vol. 4, Cortina, Milano, 2002.
- Freud S., Breuer, J. (1892-95). Studi sull'isteria. in *Opere* Volume 1, Bollati Boringhieri, Torino
- Freud S. (1920). Al di là del Principio del Piacere. in *Opere*, Volume 9, Bollati Boringhieri, Torino.
- Freud, S. (1933). Necrologio di Sándor Ferenczi. In: *Opere*, vol. 2, Torino: Bollati Boringhieri, 1974.
- Freud S., 1938, Opere Vol. 11 Bollati Boringhieri Torino, 1979.
- Green A. (1983). Narcisismo di vita, narcisismo di morte. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2018.
- Grubrich-Simitis, I. (1986). Six letters of Sigmund Freud and Sandor Ferenczi on the interrelationship of psychoanalytic theory and technique. *The International review of psychoanalysis*, 13, 259-277.
- Hunter V., 1991, Psicoanalisi in azione, pag.123-135. 1994, Astrolabio, Roma.

- Khan M. (1979) Lo spazio privato del sé. Bollati Boringhieri, Torino, 1992.
- Kohut H. (1971) Narcisismo e analisi del Sé. Bollati Boringhieri, Torino, 1976.
- Lacan J. (1966) Scritti Einaudi Ed. Torino, 1974.
- Levenson E., 1983: The ambiguity of change. Basic Books, Inc., New York. Trad. it., 1985, Astrolabio.
- Liotti G, Farina B (2011) Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa. Milano, Raffaello Cortina ed.
- Panizza S., 2016: L'interpretazione nella psicoanalisi contemporanea: l'efficacia. Franco Angeli.
- Riolo F. e AA. (2021). Teorie psicoanalitiche a confronto, una indagine assiomatica. *Rivista di Psicoanalisi 4*, LXVII.
- Rocchi C. (2014). Identificazione con l'aggressore. SPIPEDIA in SPIWEB 23 gennaio 2014
- Searles H.F. (1965). Processi sessuali nella schizofrenia. In *Scritti sulla Schizofrenia*. Boringhieri, Torino, 1974.
- Searles H.F. (1965) L'amore edipico nella controtraslazione. In *Scritti sulla Schizofrenia*. Boringhieri, Torino, 1974.
- Searles H.F. (1965). Integrazione e differenziazione nella schizofrenia: una visione globale del problema. In *Scritti sulla Schizofrenia*. Boringhieri, Torino, 1974.
- Searles H.F. (1975). The patient as therapist to his Analyst. In *Il Controtransfert*. Boringhieri, Torino, 1994.
- Spitz R. (1946). Dialoghi sull'infanzia. Armando, Roma, 2000.
- Thompson C. (1964). Interpersonal Psuchoanalysis. Basic Books – New York, cap.8. Trad. it. 1976, Boringhieri.
- Winnicott D.W. (1947). L'odio nel controtransfert. In *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze, 1975.
- Winnicott D.W. (1959). Esplorazioni psicoanalitiche. Raffaello Cortina ed. Milano, 1996.
- Winnicott D.W. (1960). La distorsione dell'Io in rapporto al vero e al falso Sé. In *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando, Roma 1974.
- Winnicott D.W. (1971). Gioco e Realtà. Armando, Roma 1990.
- Wolstein B. (1993). Sandor Ferenczi e la scuola americana delle relazioni interpersonali in Aron L, Harris A., a cura di (1998). *L'eredità di Sandor Ferenczi*. Borla, Roma.

---

Conflict of interests: the authors declare no potential conflict of interests.

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received: 18 February 2024.

Accepted: 30 May 2024.

Editor's note: all claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, editors and reviewers, or any third party mentioned. Any materials (and their original source) used to support the authors' opinions are not guaranteed or endorsed by the publisher.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:894

doi:10.4081/rp.2024.894

*This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.*

## L'assiomatica del pensiero di Sandor Ferenczi. Uno studio sul modello teorico-clinico di Sandor Ferenczi

Andrea Giovannoni,\* Angela Belluomini,\*\* Maurizio Buoncristiani,\*\*\*  
Roberto Cutajar,\*\*\*\* Elena Zappelli,\*\*\*\*\* Cristiano Rocchi\*\*\*\*\*

SOMMARIO. – Gli autori, attraverso l'applicazione della metodologia assiomatica di Riolo,<sup>1</sup> si pongono l'obiettivo di rintracciare, all'interno del *Diario Clinico*, il contributo di Sandor Ferenczi in relazione agli sviluppi della psicoanalisi contemporanea. La scelta del *Diario Clinico* è motivata sia dal fatto che questo è l'ultimo testo di Ferenczi, sia perché la forma diaristica consente di cogliere il pensiero nascente dell'Autore su concetti che avranno sviluppi successivi. Il risultato è stato quello di "estrarre" gli assunti fondamentali, che costituiscono in ipotesi il lascito seminale, per permettere una più accurata conoscenza della teoria e della tecnica di Ferenczi. Contiamo che il nostro lavoro possa contribuire ad orientare e favorire ulteriori e nuovi studi sul pensiero dell'importante autore ungherese.

*Parole chiave:* assiomi; metapsicologia, teorie osservative, teorie cliniche, teorie operative.

---

\*Psichiatra, Psicoterapeuta (Siena) Società Italiana di Psicoanalisi e Psicoterapia-Sandor Ferenczi (SIPeP-SF), Italia. E-mail: agiova52@gmail.com

\*\*Psicologa, Psicoterapeuta (Firenze) Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica (SIPP), Italia. E-mail: angelabelluomini19@gmail.com

\*\*\*Psicologo, Psicoanalista (Firenze) Istituto di Psicoterapia Analitica (IPA), Italia. E-mail: buoncristianimaurizio@gmail.com

\*\*\*\*Medico, Psicoanalista con funzioni di training (Firenze), Istituto di Psicoterapia Analitica (IPA), Italia. E-mail: robertocutajar@inwind.it

\*\*\*\*\*Psicologa, Psicoterapeuta (Firenze) Associazione Fiorentina di Psicoterapia Psicoanalitica (AFPP), Italia. E-mail: elenazappelli@tiscali.it

\*\*\*\*\*Psicologo, Psicoanalista con funzioni di Training (Firenze) Società Italiana di Psicoanalisi (SPI-IPA), Italia. E-mail: psico@inwind.it

<sup>1</sup> La categorizzazione utilizzata per questo lavoro di assiomatizzazione prende lo spunto proprio da un gruppo di ricerca SPI condotto da Nando Riolo su *Psicoanalisi e metodo scientifico* e dallo schema in essa utilizzato; ricerca pubblicata sul numero IV, 2021 della Rivista di Psicoanalisi col titolo: «Teorie psicoanalitiche a confronto. Un'indagine assiomatica».

“Nelle cose della scienza non dovrebbe esserci spazio per il timore del nuovo. Nella sua perenne incompiutezza e inadeguatezza la scienza sa di poter sperare di salvarsi soltanto mediante nuove scoperte e nuove prospettive.”

S. Freud (vol.10, p.9)

## Introduzione

L'intento del nostro lavoro è orientare alla lettura del *Diario Clinico*, opera che possiamo considerare come una sorta di “Zibaldone” nel quale Ferenczi appuntava casi clinici e intuizioni in ordine sparso. Il *Diario Clinico* è stato preferito ad altri testi in quanto rappresenta l'ultimo scritto di Ferenczi, in analogia al *Compendio di Psicoanalisi* di Freud. La lettura del *Diario Clinico*, per questa sua natura, è stata supportata da altri testi come *La confusione delle lingue (1932a)*, *Il bambino mal accolto e la sua pulsione di morte (1929)*, *Fasi evolutive del senso di realtà (1913)*, che invece presentano teorie più sistematizzate sull'apparato psichico. La nostra ricerca concettuale trae ispirazione dal lavoro di Riolo (2021) sul *metodo assiomatico-deduttivo* che offre una metodologia di classificazione degli argomenti fondamentali di un testo.

Il *metodo assiomatico* ci permette di estrarre dal testo gli assunti fondamentali rappresentati da proposizioni di carattere generale, che fungono da postulati o assiomi di base.

Il metodo prevede quattro livelli assiomatici, ordinati secondo un criterio di astrazione discendente che va dalla teoria alla pratica operativa. I livelli assiomatici sono dunque rappresentati da: i) teorie metapsicologiche: costrutti teorici il cui livello di astrazione li pone lontani dalla clinica (es. Orpha); ii) teorie osservative: concetti teorici meno astratti più vicini alla clinica (es. Identificazione con l'aggressore); iii) teorie cliniche: concetti che definiscono fenomeni clinici riferibili a disturbi psicopatologici (es. Il terrore provoca la dissociazione); iv) teorie operative: procedimenti tecnici riferibili alla terapia (es. ripetizione traumatica del comportamento del genitore ai fini terapeutici).

## La classificazione assiomatica del *Diario Clinico*

Nel presente paragrafo applicheremo i criteri della classificazione assiomatica sopra descritti. Tali criteri sono stati ricavati dalla classificazione di Riolo parzialmente modificata. In particolare, il gruppo di ricerca ha proceduto con la lettura specifica dei singoli argomenti contenuti nelle singole giornate del diario. I singoli argomenti, poi, dopo un'ampia discussione sono stati descritti attraverso definizioni sintetiche che via via ottenevano la massima convergenza concettuale tra i partecipanti al gruppo di ricerca (Tabella 1).

Tabella 1.

<b>Teorie metapsicologiche 9%</b>
1. Orpha
2. Maschile e Femminile
3. Pulsione di Affermazione e di Conciliazione
4. Principio della Rassegnazione
5. Sadismo e Masochismo
6. Predominio della Pulsione di Morte
<b>Teorie osservative 11%</b>
1. Poppante Saggio
2. Trauma
3. Identificazione con l'aggressore
4. Edipo
5. Analità, Genitalità e Uretralità
6. Angelo Custode
7. Intropressione
8. Autoscissione narcisistica
<b>Teorie patogenetiche (cliniche) 27%</b>
1. L'Isteria (modificazioni autoplastiche)
2. Il Terrore provoca la dissociazione
3. La Paralisi Isterica e la Catatonìa proteggono dall'aggressività
4. I Tratti di Personalità sono condizionati e modificati dalla violenza
5. La Depressione è causata da privazione e malnutrizione nei bambini
6. L'Effetto Anestetico del dolore è presente se manca la sua rappresentazione
7. La Deprivazione nell'etiopatogenesi della psicosi allucinatoria
8. La Funzione difensiva della frammentazione e della scissione
9. Nei nevrotici la tendenza all'Alcolismo riproduce gli stati di coscienza indeboliti al momento del trauma
10. L'eredità della Psicosi si realizza per un innesto del Super Io pazzo (genitore) sulla personalità del figlio
11. Le Idee Deliranti sono proiezioni di contenuti psichici inconfessabili nelle quali la realtà obiettiva è presente maggiormente di quanto non sia supposto
12. Le Allucinazioni sono percezioni reali venute dall'ambiente e dalla psiche di altre persone nelle quali i pazzi accedono per la loro ipersensibilità motivata
13. Quei bambini precocemente sviluppati non si sottomettono ai genitori e si chiudono alle loro richieste. Se vengono percossi, l'ingiustizia subita procura loro un piacere masochistico
14. Se l'analisi riesce a ricollegare il godimento del dispiacere a ciò che si è verificato nella realtà, il carattere compulsivo del Masochismo può scomparire ed appare il dispiacere in previsione di vantaggi futuri
15. La Suggestione Paterna equivale alla paura di essere uccisi, quella materna di essere abbandonati dalla madre, alla minaccia di ritiro della libido
16. La Noia Patologica è presente quando una persona non è più consapevole di ciò che vuole e di ciò che non vuole
17. Nel Masochismo il dolore fisico mitiga i dolori più grandi
18. Il Sadismo nel bambino è causato dalla scena primaria (perché è veramente sadica)
19. L'Omosessualità e la Perversione nascono dalla paura

Segue nella pagina successiva

Tabella 1. Continua dalla pagina precedente.

**Teorie operative 53%**

1. Nell'Analisi Reciproca il medico rinuncia temporaneamente alla funzione di «vigile» e deve superare le false differenze fra analista e paziente. Una successiva modificazione che ne consegue è che ambedue si rilassino. Tutta la terapia di rilassamento e l'eccessiva bontà con i pazienti è la dimostrazione esagerata di sentimenti di compassione assenti
2. Accettare di essere decisamente un essere umano, significa rinunciare a qualsiasi «tecnica» e mostrarsi senza veli. Se così ci si comporta il paziente arriva in modo logico ad avere il sospetto che l'analisi dell'analista sia imperfetta e, scuotendosi dalla sua timidezza oserà indicare egli stesso i tratti paranoidi.
3. La sicurezza con la quale l'analista comunica l'interpretazione rende difficile al paziente di contraddire il medico senza ferire i suoi sentimenti.
4. Self-disclosure e sincerità.
5. L'Attenzione Fluttuante è negativa perché rivela l'insensibilità dell'analista.
6. Controtransfert.
7. Freddezza dell'analista.
8. La compassione dell'analista è necessaria per rivivere il trauma.
9. Crudeltà dell'analista verso il paziente.
10. L'analisi per essere tale deve favorire la regressione: il paziente deve avere per una volta la possibilità di essere sé stesso senza vergogna.
11. Gli aspetti negativi e gli errori del proprio essere analista devono essere confessati al p. in modo che possa aumentarne la fiducia stessa nei confronti della a.
12. Empatia. L'Analista deve partecipare sentitamente al dolore del paziente e fare tutti gli sforzi per attenuarlo perché troppo dolore non può essere tollerato.
13. L'analista deve essere totalmente a disposizione del paziente e stimolare nel paziente quel narcisismo sano di cui è carente per stimolarlo alla vita.
14. L'importanza della «convinzione» dell'Analista per costruire un senso di unitarietà nel sé del paziente che ha subito un trauma.
15. L'analista deve far sentire al paziente che vale la pena di vivere, mostrare la sua potenza e il senso di sicurezza di sé.
16. L'analista deve far sperimentare i desideri e non l'assenza di essi.
17. Esperienza Correttiva.
18. Esplicitazione al paziente del limite personale nella partecipazione all'Analisi Reciproca.
19. Contenimento della p. attraverso una limitazione temporale al tipo di setting.
20. Contenimento della paziente ponendo un limite al soddisfacimento perverso.
21. Convalidare la rinuncia al soddisfacimento perverso.
22. Denudamento del dolore da ogni forma difensiva ed evitante.
23. Il diniego di sentimenti ostili dell'analista verso il paziente attraverso, ad esempio, la sublimazione innesta da elementi di pazzia nella mente del paziente.
24. Ripetizione traumatica del comportamento dei genitori in analisi a fini terapeutici.
25. Denudamento della violenza esercitata dall'analista sul paziente.
26. Separare il paziente dalla dinamica materna attraverso il processo di realtà.
27. Proporre un atteggiamento regressivo per alleviare i sintomi in direzione della guarigione.
28. La bontà come attivatrice dell'aggressività passiva a scopo difensivo.
29. La mancanza di un riconoscimento di momenti di offerta affettiva causa l'insorgenza di un atteggiamento ipocrita nel paziente con note di invidia, aggravando i sintomi.

Segue nella pagina successiva



*Tabella 1. Continua dalla pagina precedente.*


---

30. Utilizzo clinico della Confrontazione Attiva sulla parte scissa.
31. Utilizzo dell'Empatia attiva e passiva verso il paziente.
32. Interpretare un sogno creando un contesto affettivo che attiva il paziente sulla parte manifesta.
33. La capacità di analizzare il paziente si mantiene attraverso l'accettazione dell'analista di essere fonte di non gratificazione.
34. La situazione di analisi di legame simbiotico deve essere intervallata da momenti di deprivazione (esperienza).
35. Tecnica del rilassamento e trance.
36. Abbandono dell'Ipocrisia.
37. Co-sentire e Compatire amplifica l'elaborazione del trauma.

---

Come si può osservare, il quarto livello ha espresso la maggiore densità statistica delle nostre classificazioni, a conferma del fatto che il pensiero di Ferenczi era più volto alla relazione con il paziente e alla sua cura che non alla teoria. In effetti, è significativo che passando da un livello superiore ad uno inferiore di astrazione aumentino gli assiomi: dal 9% delle teorie metapsicologiche al 11% di quelle osservative per arrivare al 27% delle teorie cliniche, fino a raggiungere il 53% per le operative, che rappresentano più della metà di tutta l'assiomatica ferencziana.

Nonostante le teorie operative rappresentino il 50% dell'assiomatica ferencziana, nel presente lavoro abbiamo preferito focalizzare l'attenzione sugli assiomi di primo livello (teorie metapsicologiche) e su quelli di secondo livello (teorie osservative).

Questa scelta è stata dettata dal fatto che la letteratura contemporanea sul pensiero di Ferenczi trascura il suo contributo teorico in favore di quello clinico operativo. Quest'ultimo è diventato attualmente il principale motivo di riflessione e di confronto tra gli studiosi. Siamo inclini a ritenere che l'approfondimento dei concetti teorici metapsicologici, unitamente alla classificazione assiomatica stessa, contribuisca ad orientare verso nuove direzioni di ricerca, ed in tal senso costituisce l'aspetto originale della nostra ricerca.

## Le teorie metapsicologiche

Gli assiomi di primo livello descrivono le modalità di costruzione e di funzionamento dei processi psichici, e della loro dinamica. L'esposizione dei concetti segue l'ordine della tabella.

Il termine di *Orpha* è usato da Ferenczi per rappresentare una facoltà soprannaturale alla quale il bambino ricorre di fronte ad un trauma per lo più sessuale subito nella primissima infanzia, che orienta la sua anima a preservare la vita a tutti i costi tanto da preferire la follia piuttosto che la morte,

come è accaduto alla sua famosa paziente Elisabeth Severn, citata nel *Diario* con l'abbreviativo R.N. Questa esperienza traumatica, avvenuta precocemente, determinò nella donna lo sfacelo della sua individualità: la mente si frammentò del tutto conducendola ad una sorta di morte psichica. "Quando ciò accade – afferma Ferenczi - le forze di Orpha (termine, preso in prestito dal mito di Orfeo, simbolizzante la salvazione), cioè gli istinti vitali organizzatori, entrano in azione." Esse: "hanno conservato la vita 'coûte que coûte' permettendo così la produzione di allucinazioni di appagamento e fantasmi consolatori" (*Diario clinico*, p.56) anestetizzando la coscienza e la sensibilità di fronte a sensazioni intollerabili. R.N. in superficie era capace di vivere e agire, ma dentro di lei permaneva un: "Io assassinato, ravvivato ogni notte dal fuoco della sua sofferenza (...)". Quando lo psichismo viene meno - dice Ferenczi - è l'organismo che pensa e quando queste forze primarie si sono risvegliate permangono sempre e vengono messe in atto anche in situazioni o ferite meno gravi. (*Diario clinico*, p. 52). Orpha è un'intelligenza inconscia priva di affetti, una forza resiliente superiore che preserva dall'autodistruzione, attivata dalla condizione traumatica come un istinto libidico di riserva, che valuta la gravità e le capacità di difesa da attivare: "[...] è la parte materna che impedisce alla persona, in preda a shock traumatici, di perdere la presa della vita" (Antonelli, 1997, p.791).

Nell'indagine assiomatica ci siamo imbattuti nei principi, vere e proprie teorie, che Ferenczi talvolta chiama pulsioni. Ci riferiamo al principio del maschile e del femminile rappresentati dalla pulsione di affermazione e di conciliazione ed al principio di rassegnazione; quest'ultimo si riferisce all'adattamento obbediente e alla sottomissione conseguente al trauma. Si tratta di vere e proprie consistenze biologiche pulsionali scatenanti, a loro volta, rappresentazioni psichiche a matrice relazionale, che spingono il soggetto ad un adattamento disfunzionale oppure, a seconda dei casi, ad uno sviluppo o ad un'integrazione del Sé. L'Autore, teorizzando l'esistenza di un principio pulsionale come quelli sopra citati, ci fornisce una nuova fonte dell'altruismo, considerato non come un complesso di motivazioni egoistiche tendenti al soddisfacimento dei bisogni, o ad una scelta oggettuale narcisistica come sostiene Freud, ma come qualcosa che spinge alla ricerca di una mutualità con l'altro, intravedendo le origini biologiche dell'intersoggettività. Il 23 febbraio (*Diario clinico*, p.97) Ferenczi tratta il tema del principio maschile e femminile stupendosi della migliorata condizione psichica di una paziente che dopo anni di sofferenze, lamentele, frequenti stati di perdita di coscienza e di frigidità, vira verso la comprensione degli altri, la generosità, la capacità di tolleranza e la maturità nelle sensazioni sessuali. In questo caso il principio di conciliazione tipicamente femminile sembra per Ferenczi influenzare, come una pulsione, i comportamenti ed i vissuti della donna, costituendone una dimensione interna tanto da determinarne le sensazioni e la sofferenza: non soltanto come qualcosa di intollerabile ma,

soprattutto, come una fonte di soddisfazione. Mascolinità ed egoismo, in contrapposizione a maternità e bontà. Un esempio emblematico, sostiene Ferenczi, è rappresentato dalla madre che tollera esseri viventi “parassitari” che si sviluppano a spese del suo corpo.

Ferenczi ipotizza che i *Principi di maternità e di conciliazione* siano una lieve modifica dell'ipotesi freudiana delle pulsioni di vita, e quelli di affermazione e di sopraffazione della pulsione di morte. A conferma di ciò sostiene che le pulsioni di conciliazione e di affermazione costituiscono insieme l'esistenza, come per Freud erano Eros e Thanatos. Ferenczi assimila la capacità di soffrire, sotto l'effetto della pulsione di conciliazione, come lo era per Freud il principio di realtà, come reazione intelligente propria della femminilità: “Il più saggio cede”. In altre parti del *Diario* considera il principio di conciliazione o concordia come il principio in assoluto di cui si debba tener conto e senza il quale non può essere attuato un cambiamento, proponendo l'idea di un'influenza ubiquitaria del femminile e superando la condizione di genere.

Viene sottolineato, inoltre, che la prevalenza unilaterale del principio egoistico è il sadismo, quello di bontà, correlato al principio femminile, è il masochismo, procedendo in tal modo ad un disimpasto delle pulsioni.

Per quanto attiene al *Principio della rassegnazione*, a volte chiamato dell'accomodamento, altrove definito adattamento autoplastico, esso si pone come principio di realtà freudiano in contrapposizione al principio del piacere. Per Ferenczi, alla reazione aggressiva della vittima, conseguente al trauma, fa seguito un senso di angoscia, con una ulteriore fase di obbedienza.

Ferenczi si chiede se sia primaria l'aggressività o la regressione verso l'autodistruzione. Uccidere è assolutamente impossibile perché il bambino rimarrebbe solo, allora l'unica scelta per lui è l'autodistruzione come risposta all'angoscia causata dall'ambiente non responsivo con le conseguenti modalità adattative: la dissociazione, o l'identificazione. In quest'ultimo caso scompaiono le proprie emozioni e subentra la volontà dell'altro, come nell'identificazione con l'aggressore o nell'identificazioni superegoiche, nel senso di “vivere la vita di un altro” (*Diario clinico*, p.266). Questo processo di identificazione sembra essere il medium attraverso cui si attua il *Principio della obbedienza*. L'autodistruzione viene contrastata dall'obbedienza, che si innalza a pulsione di vita intrinseca al soggetto (*Diario clinico* p.194). Quando l'Io non ha una sua individualità subentra il mimetismo<sup>2</sup> (*mimicry*): in tale fase viene posto termine alla situazione di dispiacere attraverso una rassegnazione e un adattamento immediato del proprio sé all'ambiente, adesivo e funzionale al rapporto

---

<sup>2</sup> *Mimetismo*: imitazione nel mondo animale di colori e forme appartenenti all'ambiente a scopo protettivo o aggressivo o anche casuale e senza finalità.

con l'adulto (*Diario clinico*, p.236). Ferenczi cita due forme di adattamento: autoplastica sotto l'egida della pulsione di morte che porta all'adattamento e poi al trauma ed alloplastica che comporta una vitalità ed un principio di reazione (pulsione di vita).

Il concetto di *pulsione di morte* è presente nella citazione di Ferenczi dal *Diario Clinico* del 13 agosto (p.303) che racchiude il suo pensiero e la sua distanza da Freud: "L'idea della pulsione di morte va troppo lontano, è già tinta di sadismo,<sup>3</sup> la pulsione di riposo e la divisione (con-divisione, sharing) del piacere e del dispiacere accumulati in eccesso sono ciò che è reale, o piuttosto lo era, quando non era stato ancora disturbato in modo artificiale e traumatico". La debolezza della capacità vitale non dipenderebbe quindi tanto dall'azione della pulsione di morte, quanto dalla conseguenza di traumi precoci e reali: gli impulsi distruttivi entrerebbero in azione quando il bambino non riceve dai genitori quell'amore, tenerezza, condizioni di protezione e di cura che gli permettono di consolidare la pulsione di vita.

Ferenczi, infatti, nel *Il bambino mal accolto e la pulsione di morte* (1929b) afferma che il bambino ha una tendenza innata a scivolare verso la morte: "Il lattante è molto più vicino alla non esistenza di quanto lo sia l'adulto che ne è separato dall'esperienza di vita (...). La forza vitale che resiste alla vita non è dunque così grande alla nascita e a quanto pare si consolida dopo una progressiva immunizzazione contro i danni fisici e psichici, garantita solo da un trattamento e un'educazione gestiti con tatto" (p.363). Aggiunge che solo con la maturità la pulsione di vita è in grado di controbilanciare le forze distruttive. Ferenczi fa poi un inciso rispetto ai casi riportati da Freud, che sembrano soffrire di una debolezza congenita di capacità vitale, quando afferma che l'aspetto congenito di tale debolezza è solo apparente in quanto è conseguente a un trauma precoce. L'Autore, che sembra sommariamente d'accordo con gli assunti freudiani della pulsione di morte,<sup>4</sup> da molti criticata fin dai tempi del suo esordio metapsicologico, sposta decisamente l'accento sulle figure di accudimento, ipotizzando una connessione fra i messaggi consci o inconsci trasmessi, esplicitando la sua prospettiva dell'importanza del ruolo traumatico attraverso l'esempio di una madre che mostra il suo rifiuto e la sua impazienza.

Anche Karl Abraham non accettò la teorizzazione della pulsione di morte, nonostante non avesse mai preso apertamente posizione contro di essa, e nel *Saggio su Segantini* (1911) parla di "brama di morte" che spingerà l'artista verso l'autodistruzione. In questa vicenda era la morte a trion-

<sup>3</sup> Sadismo inteso come deviazione verso l'oggetto della pulsione di morte che diventa manifesto solo in relazione con l'oggetto.

<sup>4</sup> In *Al di là del principio del piacere* (1920) Freud teorizza una categoria fondamentale delle pulsioni che si oppongono alla pulsione di vita e tendono alla risoluzione completa delle tensioni, conducendo l'individuo allo stato inorganico.

fare e il suo desiderio era nato insieme a lui e non l'aveva mai abbandonato.<sup>5</sup> Sebbene Segantini avesse cercato di compensare, conciliare e sublimare le pulsioni che lottavano dentro di lui attraverso le sue opere pittoriche, e di unire armonicamente la vita e la morte, l'esperienza precoce della perdita "della madre amata" produsse in lui un dolore insanabile che interferì nella sua vita. In questo saggio Abraham sposta l'origine dell'evoluzione melanconica dal conflitto edipico al traumatico materno inserendolo nella vicenda psicopatologica:<sup>6</sup> in effetti l'odio prodotto sarà determinante per dare forma al lutto o alla malinconia.

La visione di Abraham si differenzia, tuttavia, dalla relazionalità insita nel pensiero di Ferenczi perché non enfatizza il trauma o la particolare debolezza del bambino, ma dà valore alla responsabilità dell'oggetto primario ed alla disponibilità caratteriale del soggetto, senza attribuire una specificità all'azione della pulsione di morte. Queste esperienze ci ricordano il concetto di "trauma cumulativo" di Masud Khan (1979) e riguardano il non essere stati desiderati o l'essere accolti con durezza o senza affetto, oppure l'essere accolti e poi abbandonati come, nel caso di Segantini, con la precoce morte della madre.

Ferenczi crea un ponte fra questi soggetti e le loro tendenze suicidarie: "Essi muoiono facilmente e volentieri e possono servirsi di tanti mezzi organici per un rapido decesso e se sfuggono a questo destino conservano pessimismo e tedio nella vita" (Ferenczi, 1929b, p. 363).

Conclude affermando che è solo con i conflitti edipici e con le esigenze della genitalità che diventano manifeste le conseguenze del "tedio della vita" la cui origine è più remota.

Il bambino dipende totalmente dalla madre che può instaurare una relazione che vivifica (*life-enforcing*) o che mortifica (*death-enforcing*).

Il bambino, quindi, introietterà il reale rapporto con la madre. Questa è la grande differenza con Freud nel senso che la pulsione di morte deve essere considerata come l'esito di un incontro mancato con l'ambiente, rivalutando la dimensione relazionale a scapito di quella pulsionale.

Con questo concetto Ferenczi anticipa le ricerche successive di Spitz sul costrutto di *depressione anaclitica*,<sup>7</sup> ed inaugura un filone di ricerca, che, da Searles e Bolwby esita in Kohut,<sup>8</sup> sulla esistenza di una rabbia distruttiva secondaria ad una ferita del Sé, svalutando l'ipotesi energetico pulsionale freudiana e non considerando le pulsioni come componenti isolate.

---

<sup>5</sup> L'artista perse la madre giovanissima appena nato ed anche lui fu in pericolo di vita per le sue condizioni di fragilità, a cui si aggiunse la morte del fratello.

<sup>6</sup> Da notare che Abraham è stato uno dei primi analisti che ha seguito questa linea.

<sup>7</sup> Si verifica quando bambini, precocemente ospedalizzati e sottratti alle cure materne, manifestano vistosi deperimenti psicofisici, indicativi della loro volontà di lasciarsi morire.

<sup>8</sup> Per Kohut l'aggressività è secondaria e non primaria e sorge originariamente come risultato del fallimento dell'oggetto-Sé non empatico a corrispondere al bisogno del bambino.

In sintesi, benché Ferenczi non abbia diversificato il concetto di istinto e di pulsione, nei vari passaggi esaminati il suo pensiero su questo tema può essere considerato in tre modi: i) assimilabile ad una relazione morta che non consente di vivificare la pulsione di vita (in particolare nel neonato); ii) assimilabile ad una relazione traumatica nel contesto di una relazione oggettuale che può dar vita a una ricerca attiva del medesimo oggetto traumatizzante connotato come oggetto d'amore (coazione traumatica a ripetere); iii) assimilabile al trauma stesso, che si esprime attraverso un processo di frammentazione che genera parti scisse considerate parti morte del Sé.

### Le teorie osservative

Gli assiomi di secondo livello, costituiti dalle *Teorie Osservative*, descrivono i processi inconsci più vicini alla clinica che, in seguito ad esperienze per lo più traumatiche, determinano dissociazioni e fissazioni a vari livelli.

Seguono, qui sotto, alcuni esempi passibili di approfondimenti e ricerche.

Il concetto di *Poppante saggio* (wise baby), fu introdotto da Ferenczi nel suo breve saggio del *Il sogno del "poppante saggio"* (1923) in riferimento a quei bambini che, a causa di una deprivazione di cure nella prima infanzia, avrebbero potuto sviluppare una forte intelligenza e autodistruttività. Questi bambini sono costretti ad assumere il ruolo di genitori verso i loro genitori per proteggerli, perché la distruzione dell'immagine interna del padre e della madre, potrebbe portare alla morte psichica di loro stessi. Onde evitare ciò, frammentano la loro personalità, mantenendo la parte onnipotente a discapito di quella più bisognosa di cure. Temono l'abbandono e se ne difendono chiudendosi in loro stessi o cercando un surrogato della sana dipendenza mai vissuta, fino a strutturare una personalità mistificata. Soggetti che trasportati nell'onda di una seduzione o di un terrorismo della sofferenza, hanno trovato un modo per compensare le frustrazioni prodotte dall'ambiente acquisendo prematuramente un'espressione da saggi, da adulti e con una forte inclinazione ad assumere atteggiamenti materni andando in aiuto degli altri.

Per quanto attiene al *Trauma* Ferenczi afferma che: "...se il trauma colpisce un'anima o un corpo impreparati, vale a dire senza che sia presente un controinvestimento, allora esso agisce sul corpo e sullo spirito in modo distruttivo, cioè frammentandoli. La forza coesiva dei singoli frammenti ed elementi viene a mancare. Frammenti di organo, elementi di organo, frammenti ed elementi psichici vengono dissociati" (*Diario clinico*, p. 133). Ferenczi insiste sull'esistenza di un *fattore traumatico reale* che è legato ad eventi esterni improvvisi, che superano la capacità dell'individuo di fronteggiarli, denominato anche come elemento esogeno. Quest'accezione, che rimane nel sottofondo come una concezione da "trauma ferroviario"

(Balint, 1949) cioè qualcosa che colpisce e travolge, è stata utilizzata da Freud e Breuer negli *Studi sull'Isteria* (1892-5), la cui eziologia era collegata a un episodio traumatico di seduzione infantile. La seduzione dell'adulto, che per Ferenczi è reale, genera un trauma nel bambino che, ammutolito dalla sua autorità, perde la capacità di pensare.

Si struttura di conseguenza *l'identificazione con l'aggressore* (Rocchi, 2014): il bambino cerca di entrare nella testa dell'aggressore e d'indovinare i suoi desideri per compiacerlo.

La relazione con l'aggressore viene interiorizzata e l'aggressore cessa di esistere come aggressore esterno per diventare una parte del Sé del bambino. L'esito è l'annullamento dell'aggressione e il ristabilimento della realtà piacevole pre-traumatica.

Per Ferenczi, infatti, di fronte ad un impatto traumatico, la fragile psiche del bambino si scinde, annullando e cancellando il proprio Sé: così la vittima, facendo ciò che l'aggressore si aspetta, s'identifica diventando Lui. Tutto ciò avviene perché il bambino non può modificare la realtà esterna, come ad esempio protestare, e l'unica modificazione possibile è su di sé. Allora il bambino dissocia il trauma, pur di conservare la tenerezza materna, il senso di sicurezza e di protezione.

Un altro fattore fortemente patogeno è la mancanza di un testimone; la madre non è di aiuto e se il figlio si comporta da bambino cattivo si merita la punizione del genitore. In tal modo il bambino assume su di sé la cattiveria e salva il genitore.

Secondo Ferenczi il trauma risulta presente anche nelle perversioni del bambino come risultato di condizionamenti esogeni, che bloccano il suo sano sviluppo: introiezione del senso di colpa del genitore, del suo desiderio e dei suoi traumi. L'Autore è, infatti, convinto che l'ambivalenza verso l'oggetto d'amore sia dovuta al senso di colpa. È il senso di colpa che può trasformare l'oggetto di amore in un oggetto di odio: il senso di colpa e l'odio contro il partner che l'ha sedotto trasformano l'erotismo infantile ludico in sadomasochismo sessuale adulto (*Diario clinico*, p.426).

Ferenczi ha proposto, inoltre, una rivisitazione della teoria dello sviluppo sessuale con la critica del Complesso d'Edipo considerato come un eccesso di passionalità innescato dal genitore, quindi dall'esterno, e non come un desiderio incestuoso del bambino nei confronti della madre, prodotto naturale del suo sviluppo. La sua posizione, rispetto alle teorie freudiane, ribalta il concetto del Complesso di Edipo a favore del bambino ed a scapito del genitore: il genitore seduce il bambino che ne è la vittima e non il contrario. Ferenczi (1929a) è incline a dare maggiore importanza: "alle tendenze incestuose rimosse negli adulti, che si presentano sotto la maschera della tenerezza". A tal proposito afferma che: "I bambini non vogliono niente di più che essere trattati in modo gentile, tenero e dolce. I loro moti e i loro gesti sono delicati e quando non sono tali, c'è qualcosa che non va".

L'Autore conclude domandandosi: “[...] quanta parte di ciò che riguarda l'amore eterno del bambino per la madre e quanta parte del desiderio del ragazzo di uccidere il padre rivale si svilupperebbe in modo del tutto spontaneo, anche senza un innesto precoce di erotismo adulto appassionato e di genitalità [...]?” (*Diario Clinico*, 5 aprile).

Ferenczi tratta spesso della genitalità compromessa dal trauma, in particolare nota una regressione verso l'analità in caso di minacce e proibizioni. “Non si può escludere - aggiunge Ferenczi- che l'erotismo anale sia in realtà una genitalizzazione isterica da spostamento e che il deposito anale sia il risultato finale di una lotta per la genitalità” (*Diario clinico*, p.204). Il complesso della genitalità e uretralità è ripreso nel *Diario clinico* (p.268) laddove Ferenczi sostiene che a causa della vicinanza fisica è facile spostare l'interesse e le sensazioni degli organi genitali alla vescica e all'intestino, e per questo motivo non deve essere proibito ai bambini di lamentarsi per i disturbi intestinali e urinari come, d'altronde, fanno anche gli adulti. L'argomento delle zone erogene viene trattato in vari passi del *Diario* (p.287) e nella *Confusione delle lingue* (p.425), dove Ferenczi critica apertamente aspetti della teoria della genitalità freudiana sollecitandone una ristrutturazione che purtroppo però abbozza o nomina soltanto.

Ferenczi affronta il tema dell'Angelo Custode ritornando sul caso di R.N. abusata brutalmente dal padre. Quando questo accade la relazione oggettuale è impossibile, trasformandosi in una relazione narcisistica dove la bambina fa da sola e, “abbandonata da tutti gli Dei”, si aliena dalla realtà creando un altro mondo all'interno del quale può avere ciò che le manca. Ella stacca dal Sé un pezzo sotto forma di persona: l'*angelo custode*, che assiste con amore materno e cura la sua parte martoriata. Tutto ciò “*con la massima saggezza e penetrante intelligenza*”. L'*angelo custode* è “*la personificazione della bontà stessa, che promuove la produzione di allucinazioni di appagamento e di fantasmi consolatori*” (*Diario clinico*, p.56).

In tal modo RN aveva operato una autotomia della mente divisa, da allora in poi, in due personalità diverse che vivevano separatamente; una modalità estrema per salvarsi e proteggere il suo Sé, l'unica via di fuga per esistere.<sup>9</sup>

Il neologismo *intropressione*, considerato un precursore dell'identificazione proiettiva, è stato introdotto con il termine di “Intropressione del Super Io” per la prima volta da Ferenczi nell'ultima annotazione di *Note e Frammenti* (1932c).<sup>10</sup> L'intropressione deve essere considerata come il “reciproco rela-

<sup>9</sup> Questa condizione psichica parrebbe simile alle allucinosi ed agli stati ipnoidi vicini all'isteria, come nel caso della favola della “Piccola Fiammiferaia” che, circondata da persone che non sostengono la sua arte e la sua vita, immagina situazioni fantastiche accendendo ad uno ad uno i suoi fiammiferi per salvarsi.

<sup>10</sup> *L'analisi infantile*, l'educazione è una *compressione all'interno* del super-Io (da parte degli adulti).



zionale” dell’introiezione, ossia un’introiezione forzata, che Ferenczi fa risalire a forme autoritarie e gravemente intrusive di educazione. Con tale concetto l’autore cerca di definire la nozione di introiezione per gli effetti devastanti della violenza e della repressione familiare dei genitori sui bambini che inculca la colpa, il segreto e la proibizione del pensare. Nonché di stabilire un modo di concepire ed utilizzare la pratica psicoanalitica, che implicava la sottomissione e l’incapacità di gestire le proprie risorse mentali.

Allargando il campo potremo, pertanto, affermare che l’intropressione, generando una forte identificazione, rende impossibile la disidentificazione dall’aggressore (Cabr , 2014); problema che Ferenczi aveva gi  affrontato nel 1927 nell’adattamento della famiglia al bambino. L’intropressione rappresenta, infatti, il tentativo di squalificare e negare le rappresentazioni e i pensieri del bambino, ma anche quelli del paziente con la conseguente perdita di fiducia nel valore dell’interpretazione della realt  psichica. Pu  provocare l’annientamento dei bisogni narcisistici, impedendo lo sviluppo delle potenziali capacit  individuali, che vengono sostituite da trapianti estranei appartenenti a colui che li impone, e deformano in maniera permanente chi li ospita. In sintesi, l’intropressione   una comunicazione inconscia attraverso la quale vengono trasmessi, forzatamente intromessi, contenuti superegoici finalizzati a controllare, manipolare e sottomettere la mente del soggetto. Ferenczi sostiene che   scientificamente importante che la personalit , ancora debolmente sviluppata, risponda al dispiacere improvviso, anzich  con i processi di difesa, con l’identificazione per paura, e con l’introiezione di colui che minaccia o aggredisce.

A fronte di un trauma, Ferenczi descrive il concetto di *autoscissione narcisistica* come una modalit  protettiva di “auto-guarigione”, una difesa autoplastica che scinde la persona in un essere psichico puramente conoscitivo, che osserva gli avvenimenti dal di fuori dell’Io: una parte che *sa e vede* tutto ma non sente niente (dimensione narcisistica), e in un’altra che soffre, ma non capisce ed   impotente ed inerme nel suo dolore (la parte infantile). Un autoisolamento doloroso, un evento che avviene nell’ambito del non rappresentato e non rappresentabile, al cui posto si evidenzia una morte psichica, una autotonia o, per dirla con Green (1983), un vuoto privato di tonalit  affettive, dove l’assenza introiettata produce una voragine sulla “struttura” che anima di non-sense la produzione di senso del narcisista di morte. Questo meccanismo favorisce il costituirsi di una protesi narcisistica: un narcisismo protettore che, per sua natura, pu  diventare megalomane (*Diario clinico*, p.179) ostacolando la costituzione di un sano narcisismo e l’interiorizzazione di un oggetto capace di contenere e di modulare gli impulsi e le eccitazioni. Si genera cos  una fragilit  primaria che pu  diventare irreversibile.   interessante notare come questo ed altri concetti abbiano messo in evidenza il contributo di Ferenczi alla comprensione ed alla cura delle patologie narcisistiche e borderline.

## L'evoluzione del pensiero di Ferenczi negli autori contemporanei (Winnicott, Bolwby, Bromberg, Liotti e Farina, Kohut, Searles)

Esporremo alcune implicazioni euristiche del pensiero di Ferenczi che trovano parallelismi con altri autorevoli autori, e testimoniano la preziosità delle sue teorie ed il suo carattere germinativo e pro-genitoriale.

Iniziando da Winnicott troviamo numerose affinità con il pensiero di Ferenczi, nonostante sia considerato un analista poco incline a citare i suoi colleghi. Basti pensare a ciò che Glauco Carloni (2001), riferendosi a Ferenczi, definiva con il termine di *stile materno* per sottolineare un assetto terapeutico all'interno del quale la situazione analitica veniva equiparata alla relazione madre-figlio. Assetto sviluppato da Winnicott in concetti come madre sufficientemente buona, *holding*, *handling*, fino a descrivere, con il termine di preoccupazione materna primaria, la capacità della madre di adattarsi alle necessità del figlio in maniera naturale e spontanea. Capacità che acquisisce l'analista per sintonizzarsi con le necessità del paziente, consentendogli di empatizzare con i suoi bisogni primari in una relazione intersoggettiva. Ferenczi e Winnicott non solo posero l'accento sulla relazione con la madre, ma considerarono determinante per l'individuo l'ambiente e la realtà esterna, confermando l'importanza del reale all'interno della relazione terapeutica.

Nel momento in cui Winnicott propose poi l'analisi come un gioco si avvicinò ad alcune intuizioni teorico cliniche, già formulate da Ferenczi ne: *L'adattamento della famiglia al bambino* (1927) dove descrisse, 25 anni prima di lui, il concetto di "oggetto transizionale". Mentre in *Analisi infantili con gli adulti* (1931) insistette sulla necessità di applicare l'esperienza degli analisti dei bambini alla cura degli adulti.

Ferenczi, infatti, con alcuni pazienti preferì modificare la tecnica classica e adattarsi a loro, utilizzando una relazione basata sulle coordinate del legame madre-bambino, anziché usare la frustrazione e rinunciare a curarli.

Ferenczi, è presente in Winnicott con il concetto del *Poppante Saggio* (1923), che può essere assimilato al *falso Sé* come difesa del bambino dalle carenze materne (Winnicott, 1960).

Queste riflessioni sulla nascita di un oggetto adattato lo troviamo in Ferenczi anche nel termine di *teratoma*, descritto in *Principio di distensione e neocatarsi* (1929a): "avere in una parte nascosta del corpo un embrionale gemello il cui sviluppo si è arrestato e la cui conservazione costituisce una minaccia per l'intera persona" (p.394). Sembra, comunque, che in questo caso il teratoma sia il mostruoso gemello nascosto nella psiche e non il nascondente, come nel falso Sé.

Va, inoltre, sottolineato come la fragile capacità di contenimento di Ferenczi nel comunicare al paziente sentimenti controtransferali, sarà sviluppata, in seguito, nel famoso articolo di Winnicott del 1947 su *L'odio nel*

*controtransfert*. In questo saggio la confessione dell'odio del terapeuta verso il suo paziente non solo è auspicabile ma anzi, tanto il paziente quanto il processo psicoanalitico possono trarne beneficio. Il paziente, come sostiene Winnicott, ha bisogno di odio per odiare perché: “non ci si può attendere che uno psicotico in analisi tolleri il suo odio verso l'analista finché l'analista non sarà capace di odiare il paziente” (p.244).

La continuità di Ferenczi nel pensiero di Winnicott la ritroviamo, infine, anche in *Gioco e Realtà* (1971) quando ritiene che l'analista debba nascondere il suo sapere, evitando di ostentarlo. Solo in tal modo potrà favorire quello del paziente, la cui creatività può venir distrutta dall'effetto traumatico dell'analista che sa troppo, ostacolandone la capacità di rappresentare e simbolizzare in autonomia i suoi processi mentali.

In queste raccomandazioni riecheggiano concetti ferencziani quali empatia, ipocrisia professionale, fanatismo interpretativo, ammissione di errori dell'analista e, soprattutto, quello di umiltà (Ferenczi, 1928) come fattore tecnico essenziale ed etico dello psicoanalista, che rinnega l'idea dell'analista onnisciente.

Un ulteriore sviluppo del pensiero di Ferenczi è in Bowlby (1969) che, studiando gli effetti degli eventi dell'infanzia sullo sviluppo del bambino, ritiene impossibile comprendere l'individuo al di fuori dell'ambiente nel quale si è formato (Bowlby, 1973), valorizzando l'aspetto del contesto tanto caro anche a Ferenczi. Bowlby non si limita agli eventi eclatanti ma evidenzia fatti e comportamenti quotidiani come, ad esempio, le pressioni continue che ogni individuo subisce e/o esercita nel rapporto con gli altri, necessarie a mantenere, ristabilire o modificare la propria identità.

Nel processo che conduce alla costruzione della soggettività del bambino acquistano rilievo sia gli effetti della distorsione e le esclusioni nella comunicazione tra genitori e figli, sia quelli relativi alle fantasie preesistenti nei genitori.

I genitori, infatti, possono aver più o meno desiderato un figlio, attenderlo di sesso diverso, pensarlo in sostituzione di uno perduto o di una persona scomparsa, ecc. In questo senso Bowlby, sviluppando le geniali intuizioni di Ferenczi, allarga il concetto di trauma attribuendogli in maniera più cospicua una connotazione relazionale e transgenerazionale all'interno del dibattito tra l'intrapsichico e l'ambiente.

Bowlby non parla di relazione di oggetto, il suo interesse è quello di dare una base scientifica alla teoria dell'attaccamento partendo dall'etologia, di cui parla approfonditamente, e dalle teorie di Darwin. L'autore non è sulla stessa linea di Freud riguardo al meccanismo innato di sopravvivenza; è invece la prossimità costante della madre la precondizione necessaria al soddisfacimento dei bisogni del bambino: “Il neonato si attacca automaticamente a chi si prende cura di lui, sia dal punto di vista del comportamento, sia dal punto di vista emotivo, la madre non deve fare nulla, non deve affer-

mare la sua importanza gratificando i bisogni del bambino, le basta solo essere presente”.<sup>11</sup>

Per Bowlby l’attaccamento è un bisogno biologico fondamentale ed innato nella specie e non parla di pulsioni perché è focalizzato sulla centralità della relazione. Bowlby si avvicina a Ferenczi quando afferma che: “credo che nella mia opera ci siano due punti principali [...] il primo è l’importanza degli eventi della vita reale [...] il secondo riguarda il desiderio di conforto, protezione, rassicurazione specialmente quando si è in uno stato di sofferenza e infelicità che non è affatto un desiderio infantile bensì lo stato naturale dell’uomo profondamente turbato”. (Hunter, 1994).

Bromberg riprende il concetto ferencziano di trauma, elaborandolo e ampliandone i contorni. Le esperienze traumatiche infantili non elaborate albergano nella psiche come isole dissociate che costituiscono una molteplicità di stati di sé. Il trauma, per questo autore, è caratterizzato da una iniziale iperattivazione e solo successivamente dalla dissociazione. L’iperattivazione è disorganizzante e minaccia di sopraffare la capacità mentale di riflettere ed elaborare cognitivamente l’esperienza, conducendo il soggetto verso la depersonalizzazione, l’annichilimento e la perdita di continuità del senso di Sé. La dissociazione, che si manifesta successivamente, è la difesa da una condizione insostenibile, ed ha lo scopo di proteggere dalla frammentazione del Sé che conduce fino alla morte psichica, che è: “l’incapacità di mantenere il senso interno di essere vivo” (Mc Gilchrist, citato da Allan Schore in introduzione a Bromberg ne “L’ombra dello tsunami”).

L’elemento che differenzia Ferenczi da Bromberg è l’assenza di una iperattivazione: Ferenczi parla di ammutolimento, per sottolineare l’incapacità di reagire del bambino all’adulto a causa della sua condizione di sottomissione. Tuttavia, entrambi gli autori parlano di dissoluzione del Sé ma, mentre per Bromberg la dissociazione conduce ad isolare una parte del Sé traumatizzato in una monade chiusa che permette la sopravvivenza, per Ferenczi la personalità non progredisce, né si evolve. La dissociazione, quindi, per Bromberg permette il funzionamento adattivo, nonostante le esperienze traumatiche di angoscia che caratterizzano alcuni stati del Sé.

Entrambi gli Autori concordano invece sull’importanza della relazione: l’apparato psichico è sempre e solo in relazione all’altro ed è determinato dalla relazione oggettuale. Protezione, rassicurazione e tenerezza accumulano questi autori nel loro approccio al paziente.

Alla base di ogni quadro psicopatologico Bromberg intravede una dimensione traumatica che, attraverso la dissociazione limita la vita menta-

---

<sup>11</sup> Atteggiamento che osserviamo spesso in pazienti che attraverso l’analisi ritrovano questa condizione perduta, malvissuta o insufficiente: per loro basta esserci.

le nella capacità di riflettere, creando una condizione di incapacità relazionale. In questo senso, per la comprensione dei processi dissociativi in relazione a situazioni traumatiche, la teoria di Bromberg (2007) può essere ritenuta un punto fondamentale di riferimento per la psicoanalisi contemporanea. In effetti, il modello dell'apparato psichico proposto da Bromberg non si organizza in senso psicoanalitico classico per opera della rimozione, ma sulla base di processi dissociativi.

Anche nella clinica Bromberg segue uno spostamento dell'interesse dalla ricostruzione della storia personale del paziente alle interazioni tra lui e il terapeuta, conferendo una maggiore importanza agli *enactment* ed all'esperienza soggettiva di paziente e analista e strutturando uno spazio relazionale dove il soggetto si senta sicuro. Anche in questo autore, come per Bowlby, possiamo rintracciare, la presenza di un filo conduttore "relazionale" che partendo da Ferenczi conduce la ricerca psicoanalitica fino ai tempi nostri.

Un particolare interesse meritano i contributi di Liotti e Farina (2011) sulla dissociazione. Gli Autori sottolineano come l'attaccamento disorganizzato nel primo anno di vita sia un potente predittore della dissociazione molto più dei traumi successivi. Essi avanzano l'ipotesi che l'interazione fra i ricordi traumatici e l'attaccamento disorganizzato possa rappresentare il necessario antecedente della dissociazione patologica.

Il possibile meccanismo alla base sembrerebbe risiedere nella specifica interazione tra due sistemi motivazionali innati frutto dell'evoluzione: il sistema di difesa e il sistema di attaccamento.

Il sistema di difesa merita particolare attenzione perché è coinvolto in tutte le esperienze traumatiche con le sue risposte neurofisiologiche e con il risultato di attivare molti sintomi osservabili nei pazienti che soffrono di esiti di traumi psicologici, quali i sintomi accasciamento, incertezza motoria, ottundimento ed il tipico sentimento pervasivo di impotenza personale. Già Ferenczi aveva rilevato come la funzione difensiva messa in atto di fronte al trauma avesse risposte corporee.

Numerosi sono i temi cari a Ferenczi, che troviamo in Kohut, come la frammentazione in risposta alla condizione traumatica, ed ancora più rilevante il concetto di narcisismo, come si evince dal *Diario Clinico*: "Indispensabile base della personalità, il narcisismo, cioè il riconoscimento e l'affermazione del proprio sé come entità realmente esistente, preziosa, con una determinata grandezza, forma e significato, può essere raggiunto solo se l'interesse positivo dell'ambiente – diciamo la libido – garantisce, in qualche modo, attraverso la spinta esterna la solidità di quella forma di personalità. Senza una simile contropinta, diciamo d'amore, l'individuo tende a esplodere, a dissolversi nell'universo, forse a morire". (p.210)

Il contenuto di cui sopra è confermato dalla teoria operativa n.13 da noi estrapolata: "L'analista deve essere completamente a disposizione del paziente e stimolare nel paziente quel narcisismo di cui è carente nel stimo-

larlo alla vita". Di nuovo uno spazio mutuale raccomandato da Ferenczi e dai suoi successivi estimatori per risolvere gravi problematiche mentali.

Kohut, in sintonia con Winnicott, pensa che l'aggressività non derivi da una pulsione distruttiva primaria ma da esperienze carenziali, o traumatiche. È necessario, sostiene Kohut (1971), che gli oggetti reali si comportino in modo soddisfacente alle esigenze di oggetto-Sé del bambino, che costituiscano per lui miniere di perfezione, di forza e di bontà (*imago parentale idealizzata*), capaci di fornire ammirazione, rimandandogli un'immagine di perfezione (*Sé grandioso*).

Se i bisogni del bambino non sono stati capiti e soddisfatti nel giusto modo, se sono avvenuti dei fallimenti empatici e sono sopraggiunti dei traumi, il narcisismo non si evolve verso uno sviluppo maturo, ma rimane fisso dove è avvenuto il fallimento relazionale.

Si determina, allora, una frammentazione del Sé psicocorporeo e dell'oggetto-Sé, che impediscono lo sviluppo di traslazioni idealizzanti favorendo uno stato regressivo di fronte al trauma, disarticolato, frammentato ed incapace di gestire il dolore psichico.

Un posto a parte merita Harold Searles che, nel *Il paziente come terapeuta del suo analista*, saggio incluso nella raccolta sul *Controtransfert* (1979), richiama abbastanza da vicino l'elaborazione ferencziana dell'analisi reciproca sottolineando il concetto che: "[...] più un paziente è malato e più si rende necessario, per il successo della terapia, che egli diventi terapeuta per colui che, ufficialmente, è stato designato suo terapeuta, cioè l'analista." (p.281).

In realtà, nonostante la letteratura psicoanalitica sia stata scritta soprattutto partendo dal presupposto che l'analista è sano, e che quindi non ha bisogno dell'aiuto del paziente, la psicopatologia dell'analista può rimanere mascherata nella psicopatologia del paziente.

L'Autore rinforza il concetto di *simbiosi terapeutica*, ovvero la simbiosi nel rapporto tra paziente e terapeuta che, come per Ferenczi, riconduce a quella sana tra madre e neonato e rappresenta una fase necessaria nel trattamento degli psicotici.

Anche per Searles, come per Ferenczi, nello schizofrenico si verifica una perdita dei confini dell'Io, che rimanda alla problematica della differenziazione fra l'Io del lattante ed il mondo esterno, considerata come: "una delle condizioni fondamentali del processo di individuazione" (p. 307). Affinché essa avvenga è indispensabile l'esistenza di una relazione simbiotica tra lattante e nutrice, difendendo una concezione della relazione psicoanalitica essenzialmente di tipo simmetrico.

Ma in Searles ritroviamo Ferenczi anche negli *Scritti sulla Schizofrenia* (1965) dove sono citati due suoi lavori: *Fasi evolutive del senso di realtà* (1913) e *Thalassa* (1924),

In quest'ultimo è riproposta la questione dei "confini dell'Io" nell'ambi-

to del rapporto amoroso che è simile all'allattamento. Due situazioni caratterizzate da un forte coinvolgimento reciproco nell'intimità corporea, con un analogo stato dell'Io dei due partecipanti. Nei *Processi sessuali nella schizofrenia* Searles condivide con Ferenczi questo stato, quando paragona: "l'abbandono dei confini durante l'orgasmo con lo stato di indifferenziazione nello sviluppo dell'Io del neonato e della mancanza di confini dell'io tra la madre ed il suo piccolo durante la poppata" (p.415)

L'Autore ci conferma come la presenza nei primi mesi di vita, quando eravamo poco differenziati, di un ambiente "estraneo e pericoloso" sia simile all'assenza di confini che caratterizza l'orgasmo sessuale, presente negli schizofrenici come stato del Sé.

Un altro aspetto, altrettanto significativo, del modo di lavorare di Searles, in analogia a quello di Ferenczi, è descritto nel *L'amore edipico nella controtraslazione* (1965) dove viene esplicitata l'importanza delle comunicazioni ai pazienti.

Tutte queste problematiche ci ricordano il *Diario Clinico*, nonostante sia stato pubblicato molti anni dopo l'uscita dei lavori di Searles che, a proposito della psicoanalisi classica, affermava che: "nella misura in cui è rigorosamente classica, essa è sostanzialmente frutto di delirio".

### La classificazione assiomatica del *Diario Clinico* come base per la ricerca concettuale sul pensiero di Ferenczi

Come abbiamo visto le affermazioni nel *Diario Clinico* che abbiamo ricondotto con la nostra classificazione assiomatica sotto il termine 'teorie operative' sono quelle più numerose. Questo non sorprende, dato l'interesse generalmente riconosciuto a Ferenczi rispetto ai concetti clinici piuttosto che all'elaborazione metapsicologica. La descrizione puntuale delle 'teorie operative' contenute nel diario clinico permette un'indagine sistematica circa l'origine di molti concetti teorico-clinici che caratterizzano gli attuali orientamenti relazionali della psicoanalisi. È un lavoro che ci proponiamo di fare. In questa sede mostreremo un primo approccio per questa indagine relativamente a tre 'teorie operative' particolari tra quelle che abbiamo definito; esse sono gli architravi di molte tendenze attuali della psicoanalisi relazionale:

24. Ripetizione traumatica del comportamento dei genitori in analisi a fini terapeutici'
26. Separare il paziente dalla dinamica materna attraverso il processo di realta'
32. Interpretare un sogno creando un contesto affettivo che attiva il paziente sulla parte manifesta

Iniziamo dalla teoria operativa 24: Ripetizione traumatica del comportamento dei genitori in analisi a fini terapeutici. La ripetizione traumatica come situazione in analisi viene trattata attraverso un caso del Diario. In particolare, con la paziente B. Ferenczi arriva a dire che nella situazione analitica si arriva in ogni caso a ritraumatizzare il paziente in quanto: “che si comporti come meglio crede, che spinga fino ai limiti del possibile la bontà ed il rilassamento, verrà sempre il momento in cui dovrà riprodurre con le sue mani l’assassinio un tempo perpetrato sul paziente. Tuttavia, a differenza di quanto avvenuto per il delitto iniziale, non gli è permesso di negare la sua colpa”. Ferenczi precisa che fa questo: “riconoscendo, senza volerla mascherare, l’inadeguatezza del mio aiuto e non nascondendo i miei sentimenti dolorosi a questo proposito (...)” e conclude – “Tuttavia, c’è una differenza tra la nostra sincerità e il silenzio ipocrita dei genitori!”

Questa teoria può trovare una corrispondenza ed essere rintracciata nelle tendenze attuali della psicoanalisi relazionale che enfatizzano l’importanza della relazione reale paziente-analista quale l’orientamento interpersonale. In particolare, secondo questo orientamento la relazione terapeutica si può concettualizzare come un intreccio non sempre districabile di relazione reale e relazione transferale. Levenson (1983), attraverso il suo concetto di trasformazione isomorfa della relazione analitica costituisce, tra gli altri, l’Autore contemporaneo che più ha elaborato modernamente il concetto di ritraumatizzazione del paziente. La trasformazione isomorfa della relazione terapeutica si realizza, secondo Levenson, quando questa assume pressoché le medesime caratteristiche della relazione che fu traumatica nella storia del paziente. L’analista vi rimane intrappolato in quanto identificato profondamente con un oggetto patologico della vita del paziente, con un meccanismo assai simile al controtransfert complementare di Racker (1964). A differenza dei genitori storici, però, secondo Levenson l’analista riconosce come la sofferenza del paziente non sia da ascrivere a lui medesimo ma all’analista, con l’esito terapeutico di alleviare il senso di colpa impropria del paziente.

La teoria operativa 26: Separare il paziente dalla dinamica materna attraverso il processo di realtà costituisce parimenti un concetto portante della psicoanalisi interpersonale nell’ambito degli orientamenti relazionali moderni. Clara Thompson, una delle pazienti di Ferenczi descritta nel Diario con la sigla D.M., nel suo articolo dedicato al *metodo di rilassamento* di Ferenczi aveva già messo in luce tale aspetto (Thompson, 1964). Così, infatti, ella scrive in questo lavoro, a proposito del senso del lavoro analitico – “L’ideale per lui era che il rapporto si modificasse gradualmente, come si modifica il rapporto madre-figlio nel corso della crescita del figlio. A questo scopo egli suggeriva di aiutare il paziente a rendersi conto sempre meglio della situazione reale che si verificava nella analisi, portandolo gradualmente a valutare quanto dei suoi sentimenti derivasse da traslazione e quanto



invece avesse realmente come oggetto l'analista. Sappiamo che accade con frequenza che il paziente colga un elemento reale della personalità dell'analista per agganciarvi un elemento analogo, generalmente più accentuato, della personalità di uno dei genitori. Analizzare la situazione come se si trattasse esclusivamente di traslazione, riferendo cioè tutto al genitore e dando per scontato che l'analista non ha tali disturbi della personalità finisce per confondere il paziente, il quale spesso capisce la verità, sia che l'analista la neghi, sia che semplicemente accolga in silenzio le sue osservazioni'. Lucidamente, qui Clara Thompson evidenzia come l'opera dell'ultimo Ferenczi, degli ultimi 6 o 7 anni della sua produzione scientifica, sia un tentativo di recuperare il concetto di trauma che Freud prima del 1897 aveva utilizzato per spiegare i sintomi isterici delle sue pazienti. Sul piano teorico clinico il rapporto tra realtà e transfert in analisi è concepito modernamente in modo più complesso, e meno semplicistico, ma nondimeno è significativo che Ferenczi lo abbia anticipato nel Diario.

Per quel che riguarda la teoria operativa 32. Interpretare un sogno creando un contesto affettivo che attiva il paziente sulla parte manifesta è oggi accettato dalla maggior parte degli Autori relazionali che il lavoro di interpretazione va effettuato al livello del testo manifesto, con l'abbandono della dicotomia freudiana del sogno manifesto e del sogno latente, nel contesto di una concezione dell'azione terapeutica tesa a valorizzare l'inconscio non rimosso, l'importanza dell'intercorporeità e del contatto sensoriale reciproco. Questo conduce alla conseguente valorizzazione del processo di co-costruzione del significato del sogno, nell'ambito della relazione affettiva paziente-analista. Una puntuale rassegna sull'interpretazione del sogno attraverso l'uso del testo manifesto è stata effettuata da Sandro Panizza nella sua recente monografia sull'interpretazione (Panizza, 2016), e ad essa rimandiamo per ogni approfondimento.

## Conclusioni

Al di là del tempo in cui è stato scritto il *Diario*, ci ha colpito la sua modernità e l'eco che si avverte in molti autori contemporanei nonostante Cremerius (1991), che ha compilato un elenco degli analisti<sup>12</sup> debitori al magistero di Ferenczi, osservi che in genere non lo citano mai o addirittura sembrano rinnegarlo, gettando un'ombra di vergogna sulla famosa probità della scienza.

In effetti, anche noi abbiamo constatato che quelle dimenticanze non

---

<sup>12</sup> L'A. cita Winnicott, Mahler, Masud Khan, Spitz, Kohut, Searles, Sullivan, Fairbairn ecc.

sempre sono dovute ad una conformistica adesione all'ostracismo a cui Jones lo condannò considerandolo psicotico. Troppe volte, ad una rilettura di Ferenczi, siamo rimasti sorpresi di trovare delle considerazioni che credevamo frutto delle nostre personali esperienze e riflessioni. Anche per Winnicott, quando nel suo Post Scriptum intitolato *Donald Winnicott parla di Donald Winnicott*, raccolto in *Esplorazioni Psicoanalitiche* (1959), confessa che: "È certamente possibile che io abbia preso da qualche parte questa mia idea sulla tendenza antisociale e sulla speranza, che è stata estremamente importante per me nella pratica clinica. Io non so mai cosa ho ricavato da uno sguardo dato a Ferenczi, per esempio, o ad una nota a piè di pagina di Freud." La sola presenza di Ferenczi accanto a Freud, come suggeritori dimenticati di idee sue, ci pare il maggior sommo apprezzamento di Winnicott per questo Autore.

Non è facile trarre delle conclusioni in un marasma di teorie, concetti, dati clinici ed elementi di tecnica psicoanalitica come quelli in cui ci siamo imbattuti nella sistematizzazione del suo pensiero, la cui vastità è stata paragonata a quella di un mare (Antonelli, 1977). Il risultato più significativo è stata la predominanza, in modo esponenziale, delle teorie operative sulle tre che le precedono, rappresentando più della metà di tutta l'assiomatica ferencziana che conferma, in maniera inconfutabile, la sua predilezione per la tecnica e la relazione con il paziente rispetto alla teoria, privilegiata invece dal suo Maestro.

In realtà Ferenczi non ha avuto il tempo di fondare una nuova metapsicologia nonostante, forse, ci stesse pensando. Basti pensare agli assiomi rilevati nel nostro studio, ed all'affermazione di Lacan (1966) che lo considera: "[...] l'autore della prima generazione più indicato a discutere intorno a ciò che è richiesto alla persona dello psicoanalista" (p.334); una conferma del suo interesse per la metapsicologia dell'analista, che ci viene esplicitata nell'"Elasticità della tecnica psicoanalitica" (Ferenczi, 1927) quando sostiene che: "un problema non sfiorato fino ad oggi [...] è quello di una metapsicologia che resta da fare dei processi psichici dell'analista durante l'analisi" (p.316).

Comunque, anche secondo Balint (1968) Ferenczi riteneva che la tecnica fosse per lui l'argomento preferito, perché più interessato a risolvere la psicoanalisi attraverso la sua azione terapeutica in una esperienza psichica particolare anziché, come sostiene Wolstein (1993), confinarla in una riflessione ermeneutica sulle dualità esistenziali della vita. Ferenczi si sentiva un clinico, impegnato nella cura dei pazienti e più stimolato dal valore terapeutico che dalle teorie, per le quali aveva meno trasporto. A differenza di Freud, non era interessato a: "[...] trovare qualcosa di nuovo, quanto piuttosto a mettere alla prova la mia tecnica per ottenere risultati migliori" con i pazienti (Ferenczi a Freud, 6 novembre 1921, in Grubrich-Simitis, 1986).

Ma il punto centrale della sua opera è l'esperienza esogena con un Io in

rapporto con l'ambiente, in una tensione verso lo stato originario di piacere generato dall'ambiente stesso, prima marino, come descritto in *Thalassa* (1924), e poi materno in *Fasi evolutive del senso di realtà* (1913) o, al contrario, sopraffatto dal trauma relazionale nella *Confusione delle lingue tra adulto e bambino* (1932a).

Con Ferenczi siamo passati da una teoria delle pulsioni in relazione con l'oggetto solo accidentalmente, ad una che attribuisce un ruolo cardine allo sviluppo della personalità del bambino, al carattere dei genitori ed al modo in cui funziona il sistema interpersonale, ponendo le basi per una psicoanalisi relazionale, bipersonale ed intersoggettiva.

Come afferma Bolognini (2016): “una parte considerevole della psicoanalisi attuale può permettersi di riconoscere esplicitamente il proprio debito e la propria linea di discendenza dalla fertilissima matrice ferencziana, senza per questo sentirsi ai margini dell'ortodossia” (p.11).

Per concludere, abbiamo potuto constatare quanta innovazione l'opera di Ferenczi abbia apportato al pensiero psicoanalitico, fino a permettere a Freud (1933) di affermare nel suo necrologio che, grazie ai suoi lavori : “ogni analista può dirsi suo allievo” (p.320). Ma il nostro lavoro non è finito qui, perché ogni assioma individuato può essere oggetto di approfondimento e di studio della sua opera, considerata un cantiere aperto all'elaborazione di nuove idee che ci proponiamo di approfondire in futuro, augurandoci che anche altri possano farlo.

#### BIBLIOGRAFIA

- Abraham K. (1911). Giovanni Segantini, un saggio psicoanalitico. In *Biografie psicoanalitiche*. Opere, vol. 2 Bollati Boringhieri, Torino, 1975.
- Antonelli G. (1977). Il mare di Ferenczi. 2 Ed. Alpes Italia srl Roma 2014.
- Balint M. (1949). Sandor Ferenczi, Obituary. 1933. *The International Journal of Psychoanalysis* 30, 215-219.
- Balint M. (1968). Difetto fondamentale Cortina, Milano, 1988.
- Bolognini S. Prefazione. In Cabré (a cura di). *Autenticità e Reciprocità. Un dialogo con Ferenczi*. Franco Angeli, Milano 2016.
- Bowlby, J. (1969). Attaccamento e perdita. 1: l'attaccamento alla madre. Torino: Bollati Boringhieri, 1972.
- Bowlby, J. (1973). Attaccamento e perdita. 2: la separazione dalla madre. Torino: Bollati Boringhieri, 1975.
- Bromberg P. (2007). Clinica del trauma e della dissociazione-Standing in the space. Milano, Raffaello Cortina ed.
- Martin Cabré J.L. (2014). Dall'introiezione all'intropressione: evoluzione di un concetto teorico e sue conseguenze nella tecnica psicoanalitica. *Richard e Piggle* 22, 3.
- Carloni G. (2001). Lo stile materno. In Bonomi C, Borgogno F. La catastrofe e i suoi simboli” UTET Torino, 2001.
- Cremierus J. (1991). Limiti e possibilità della tecnica psicoanalitica Bollati Boringhieri, Torino.
- Ferenczi S. (1913). Fasi evolutive del senso di realtà, in Opere, vol. 2, Cortina, Milano, 2002.

- Ferenczi S. (1923). Il sogno del “poppante saggio”. In: *Fondamenti di Psicoanalisi*, Vol. 3, Guaraldi, Rimini, 1974.
- Ferenczi S. (1924). Thalassa. Saggio sulla teoria della genitalità in *Opere*, Vol. 3, Cortina, Milano, 2002.
- Ferenczi S. (1927). L’adattamento della famiglia al bambino in *Fondamenti di Psicoanalisi*, Vol. 3, Guaraldi, Rimini, 1974.
- Ferenczi S. (1927-8). Elasticità della tecnica psicoanalitica in *Fondamenti di Psicoanalisi*, Vol. 3, Guaraldi, Rimini, 1974.
- Ferenczi S. (1929a). Principio di Distensione e Neocatarsi, in *Opere*, Vol. 4, Cortina, Milano, 2002.
- Ferenczi, S. (1929b), Il bambino mal accolto e la sua pulsione di morte, In *Opere* V. 4, Raffaello Cortina, Milano 2002.
- Ferenczi S. (1931). Le analisi infantili sugli adulti. In *Fondamenti di Psicoanalisi*, Vol. 3 Rimini: Guaraldi, 1974.
- Ferenczi S. (1932a). Confusione delle lingue tra adulti e bambini. In: *Fondamenti di Psicoanalisi*, Vol. 3, Guaraldi, Rimini, 1974.
- Ferenczi S. (1932b). Diario Clinico. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1988.
- Ferenczi S. (1932c). Note e Frammenti, in *Opere*, vol. 4, Cortina, Milano, 2002.
- Freud S., Breuer, J. (1892-95). Studi sull’isteria. in *Opere* Volume 1, Bollati Boringhieri, Torino.
- Freud S. (1920). Al di là del Principio del Piacere. in *Opere*, Volume 9, Bollati Boringhieri, Torino.
- Freud, S. (1933). Necrologio di Sándor Ferenczi. In: *Opere*, vol. 2, Torino: Bollati Boringhieri, 1974.
- Freud S., 1938, *Opere* Vol. 11 Bollati Boringhieri Torino, 1979.
- Green A. (1983). Narcisismo di vita, narcisismo di morte. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2018.
- Grubrich-Simitis, I. (1986). Six letters of Sigmund Freud and Sandor Ferenczi on the interrelationship of psychoanalytic theory and technique. *The International review of psycho-analysis*, 13, 259-277.
- Hunter V., 1991, *Psicoanalisi in azione*, pag.123-135. 1994, Astrolabio, Roma.
- Khan M. (1979) Lo spazio privato del sé. Bollati Boringhieri, Torino, 1992.
- Kohut H. (1971) Narcisismo e analisi del Sé. Bollati Boringhieri, Torino, 1976.
- Lacan J. (1966) *Scritti* Einaudi Ed. Torino, 1974.
- Levenson E., 1983: *The ambiguity of change*. Basic Books, Inc., New York. Trad. it.,1985, Astrolabio.
- Liotti G, Farina B (2011) *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano, Raffaello Cortina ed.
- Panizza S., 2016: *L’interpretazione nella psicoanalisi contemporanea: l’efficacia*. Franco Angeli.
- Riolo F. e AA. (2021). Teorie psicoanalitiche a confronto, una indagine assiomatica. *Rivista di Psicoanalisi* 4, LXVII.
- Rocchi C. (2014). Identificazione con l’aggressore. SPIPEDIA in SPIWEB 23 gennaio 2014.
- Searles H.F. (1965). Processi sessuali nella schizofrenia. In *Scritti sulla Schizofrenia*. Boringhieri, Torino, 1974.
- Searles H.F. (1965) L’amore edipico nella controtraslazione. In *Scritti sulla Schizofrenia*. Boringhieri, Torino, 1974.
- Searles H.F. (1965). Integrazione e differenziazione nella schizofrenia: una visione globale del problema. In *Scritti sulla Schizofrenia*. Boringhieri, Torino, 1974.
- Searles H.F. (1975). The patient as therapist to his Analyst. In *Il Controtrasfert*. Boringhieri, Torino, 1994.
- Spitz R. (1946). *Dialoghi sull’infanzia*. Armando, Roma, 2000.

- Thompson C. (1964). *Interpersonal Psuchoanalysis*. Basic Books – New York, cap.8. Trad. it. 1976, Boringhieri.
- Winnicott D.W. (1947). L'odio nel controtransfert. In *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze, 1975.
- Winnicott D.W. (1959). Esplorazioni psicoanalitiche. Raffaello Cortina ed. Milano, 1996.
- Winnicott D.W. (1960). La distorsione dell'Io in rapporto al vero e al falso Sé. In *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando, Roma 1974.
- Winnicott D.W. (1971). *Gioco e Realtà*. Armando, Roma 1990.
- Wolstein B. (1993). Sandor Ferenczi e la scuola americana delle relazioni interpersonali in Aron L, Harris A., a cura di (1998). *L'eredità di Sandor Ferenczi*. Borla, Roma.

---

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 18 febbraio 2024.

Accettato: 30 maggio 2024.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:894

doi:10.4081/rp.2024.894

*This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.*



## Il caso di Thomas (2 anni e 7 mesi) e della sua famiglia

Simona Montali\*

Mamma e papà giungono alla mia osservazione quando Thomas ha 2 anni e 7 mesi.

È seguito da circa 6 mesi dal Centro Autismo cui è giunto tramite il pediatra a seguito di una grossa scenata nel corso di una visita ambulatoriale di controllo. Viene prescritto ed eseguito un test rapido per autismo, seguito dall'invio al neuropsichiatra infantile, con conseguente invio al Centro Autismo per arrivare ad una diagnosi di Disturbo Pervasivo di Sviluppo. In base alla legge 104 alla famiglia è stato suggerito l'inserimento del bambino "fuori tempo" al nido con sostegno su indicazione precisa della neuropsichiatra infantile del Centro accompagnato da un percorso di psicomotricità.

Giungono alla mia osservazione perché non contenti del fatto che Thomas faccia psicomotricità al Centro: il bambino si trova molto bene con la psicomotricista, ma sia mamma che papà si sentono poco coinvolti, messi da parte, e non sanno cosa fare per essere d'aiuto a loro figlio. Tutto è in mano agli esperti, e risulta difficile anche avere uno spazio di dialogo con la neuropsichiatra infantile.

Durante il nostro primo colloquio in studio ci presentiamo e li lascio parlare in libertà, sia per provare a capire la domanda, sia per vedere come si relazionano fra di loro. Emerge prima di tutto una modalità relazionale estremamente particolare: si parlano l'una sull'altro con molta fatica a rispettare i tempi altrui, ed emerge una grande difficoltà di ascolto. Anch'io ho avuto difficoltà a spiegare il mio modo di lavorare, non avendo spazio per essere ascoltata. Ho dovuto fare un secondo incontro per puntualizzare quale fosse la mia proposta.

Alcune informazioni riguardanti Thomas: aveva iniziato a parlottare intorno ai 12 mesi, poi ha smesso e attualmente non parla; pare insensibile al dolore; sembra essere sordo; estremamente ipercinetico; lecca il pavimento e si mette spesso a *pelle d'orso* per terra, immobile; la mamma riferisce crisi di

---

\*Medico chirurgo, pediatra, neonatologa, psicoterapeuta dell'età evolutiva e dell'età adulta, Italia. E-mail: s.montali@virgilio.it

pianto inconsolabile dall'età di 3, mentre il papà le definisce sporadiche; durante le crisi di pianto, da circa un anno si butta indietro, sbattendo spesso la testa in terra, equando piange così, gli occhi sono angosciati; gioca con le macchinine e le fa girare ovunque per ore; rovescia tutti i contenitori dei giochi e li svuota e li pesta; non vuole essere lavato né cambiato; non ha il controllo degli sfinteri.

Mi fanno vedere alcuni filmati del Thomas “sano” prima dei suoi 12-16 mesi, prima che cominciasse a star male, mi dicono. Ho avuto l'impressione che me lo volessero presentare come bambino potenzialmente sano. Emergono dolore, preoccupazione e speranza da parte dei genitori.

Spiego loro come lavoro (illustrando numero di incontri, scadenze, costi ecc) e le motivazioni di questo mio approccio: “quando mi viene fatta una richiesta d'aiuto per un problema riguardante un bambino molto piccolo, per prima cosa dico a voi genitori che senza di voi non inizio nemmeno. Ho assolutamente bisogno che ci siate, come tempo e come impegno e responsabilità. Dobbiamo lavorare insieme, alla ricerca di una strada per creare o ricreare fra voi e il piccolo una relazione buona, perché è la relazione che cura. Lo scopo finale non è “aggiustare” un bambino rotto. Ho bisogno di genitori coraggiosi che si assumano la responsabilità e l'impegno di mettere in gioco anche se stessi per poter ritrovare i propri strumenti adeguati, aiutati da me.

Il paziente è la situazione, non il bambino soltanto, tutta la famiglia sta male, quindi anche voi insieme a lui. Così la mia richiesta, nel proporvi questo percorso, è che voi due, compatibilmente con impegni inderogabili (ma che siano eccezioni), siate sempre presenti agli incontri, nella stanza, sia per i colloqui dedicati a noi adulti, sia quando porterete il bambino. Col mio aiuto e con me, voi dovrete diventare i protagonisti principali, gli attori del lavoro necessario per far uscire Thomas dallo stallo in cui si trova. La gran parte del lavoro spetta a voi, qui da me e a casa. Siete ovviamente liberi di accettare o meno. Alla fine degli incontri di consultazione, sei o sette, ci sarà un momento di restituzione, dove tireremo i fili di quanto uscito da questo primo percorso breve. La decisione se intraprendere o meno un percorso terapeutico verrà discussa in quell'occasione, io dirò il mio punto di vista professionale e voi sarete invitati a dirmi in libertà le considerazioni, i pensieri e le sensazioni scaturiti dagli incontri fatti. E si deciderà allora.”

Decidono di iniziare una consultazione: tre incontri con i genitori soltanto, per raccogliere la loro anamnesi personale che non è mai solo una serie di domande e risposte, è un racconto della loro vita passata, dei rapporti con la propria famiglia, l'incontro fra loro. È un insieme di fatti, emozioni, affettività, accadimenti, pensieri che trovo essere di grande importanza per poter iniziare un dialogo e farmi un po' un'idea dell'humus nel quale il bambino è stato concepito. Poi segue il racconto della gravidanza di Thomas e della gravidanza successiva sia dal punto di vista della mamma che del papà. Ed infine



analizziamo la storia di Thomas, da prima della nascita ad oggi. Successivamente ci saranno tre sedute di loro due insieme a Thomas dentro la stanza, dove ci sarò io ad osservare il loro muoversi col bambino e con i giochi che saranno a disposizione. In questi incontri col bambino, non commenterò coi genitori quello che sta accadendo, rimando questo momento importante ed essenziale agli incontri finali con loro soltanto (seduta/e finale di restituzione).

Preciso inoltre che non sono lì per giudicare se si comportano bene o male, osservo il flusso relazionale che si viene a creare fra loro, come girano gli affetti.

Per brevità, tralasciando purtroppo molti particolari interessanti, riporto solo alcune rilevanze scaturite dall'anamnesi: li chiamerò Maria e Giuseppe. Sono molto giovani, si conoscono da quando erano adolescenti e non hanno mai avuto esperienze con altri partner. Maria e Giuseppe si sono sposati perché lei dopo 10 anni di fidanzamento gli ha dato l'aut – aut.

Giuseppe, diploma superiore, è figlio unico, orgoglioso e contento di esserlo, perché anche il padre e pure il nonno erano figli unici; è un imprenditore che affianca il padre (ammirato e figura per lui importante, con la quale è in continuo confronto temendo di deluderlo) nella gestione dell'azienda familiare. Con la madre ha un rapporto importante, con lei si confida e le chiede consigli.

Maria, laureata, ha fatto qualche passo nell'ambito del giornalismo; attualmente non lavora, con suo grande dispiacere e frustrazione. Per Giuseppe questo suo desiderio di fare la giornalista è poco più di un capriccio, non lo considera un vero lavoro. Maria definisce la sua famiglia "pesante", un padre più presente che fino a quando non ha incontrato Giuseppe lei idealizzava, la madre decisamente poco empatica, grande lavoratrice, un fratello che ha avuto grossi problemi di salute; da allora tutte le attenzioni dei suoi genitori sono concentrate su di lui, anche se adesso sta bene. Questa situazione la fa stare malissimo. Attualmente i rapporti con la famiglia d'origine sono molto difficili e Maria sente di non essere supportata a sufficienza.

La coppia ha avuto due gravidanze, con due tagli cesarei.

Thomas ha un fratello, nato quando lui aveva 22 mesi (Peter). Per questa seconda gravidanza la mamma è dovuta stare in assoluto riposo, spesso coricata, molto stanca e poco incline a giocare con Thomas. Durante questo periodo ci sono state molte incomprensioni e tensioni fra mamma e papà, e sono stati mesi molto difficili. La gravidanza di Peter era inaspettata, ed ha creato molte difficoltà di accettazione, specie da parte di Giuseppe che è ancora molto spaventato per la paura di non riuscire ad amare più di un figlio alla volta. Si sentirà veramente padre di Peter solo verso i suoi tre anni (sua dichiarazione).

Dico a mamma e papà di dire a Thomas che lo porteranno da una signora che ha tanto studiato per aiutare i bambini e i loro genitori ad essere più felici.

Loro si sono accorti che lui non è felice e anche loro non lo sono: “andiamo insieme a vedere se ci può aiutare.”

“Questa comunicazione da fare a Thomas è molto importante,” specifico, “ perché vostro figlio, anche se non parla e non sembra ascoltare, ha il diritto di sapere quello che gli sta accadendo, è una persona, e come tale va rispettato”.

### Prima seduta di consultazione con mamma, papà e Thomas

È un bellissimo bambino, biondo, con gli occhi azzurri (come papà). Entra in studio in braccio a lui. Sembra ignorare la mamma che si siede in terra sul tappeto vicino ai giochi. Lo saluto e gli dico il mio nome. Thomas tiene le distanze, e anch'io. Evito anche di parlare. Non mi guarda. Sceso dalle braccia di papà, va ai giochi, rovescia il cestino dei pentolini, non li guarda, svuota lo scatolone e sparge tutto sul tappeto. Non esamina nessun giocattolo, li calpesta, andando da una parte all'altra senza meta. Poi si ferma e pone un attimo l'attenzione sul camion. Papà interviene cercando di farlo giocare con lui, ma Thomas non gli dà retta. Vede le formine e cerca di farle entrare nei buchi corrispondenti. Emette acuti vocalizzi. Passa da un gioco all'altro senza sosta. Anche se si ferma su qualcosa, sia papà che mamma intervengono contemporaneamente proponendo ognuno un *proprio* gioco, non facendo caso a quello su cui Thomas ha posto finalmente per un attimo l'attenzione (difficoltà di ascolto). Passa a concentrarsi sui pentolini, e prova a trovare il coperchio giusto. Quando ci riesce (non ci sono commenti da parte dei genitori distratti da altri giochi), esco dal mio silenzio e gli dico “Bravo!” Mi guarda un momento. Sorrido. Vorrebbe portarsi via una macchinina, ma la mamma gli dice che servono ad altri bambini. Intervengo subito (brutto intervento da parte sua, poi le spiegherò perché), dicendo che la custodisco qui per lui quando torna. La vuole, piange. I genitori subito vengono presi dall'ansia, parlano insieme, si saltano sulla voce. Io prendo la macchinina e gli faccio vedere, parlandogli a voce contenuta, che la metto a nanna nella sua casina con le altre sue amiche e che la macchinina lo aspetta qui quando lui tornerà qui da me con mamma e papà la prossima settimana. Con un po' di difficoltà si calma, e vanno.

### Seconda seduta di consultazione con mamma e Thomas

Alla seconda seduta di consultazione viene solo la mamma con Thomas. Arriva 15' prima dell'orario concordato, nonostante avessi insistito molto sulla precisione di orario (non desidero che i bambini che vengono da me si incontrino fra loro). Il piccolo non vuole aspettare, urla, strepita, corre per tutto lo studio, vuole entrare. Pochi minuti e li faccio accomodare. Lui non mi

guarda. Per prima cosa va dalle macchinine e cerca quella che io avevo messo a nanna con le altre. La trova. Lo sostengo con una piccola esclamazione di gioia. Contento. Prende i pentolini e di nuovo prova i coperchi. Osserva le ruote del camion dei pompieri che girano. Si ferma poco sui giochi, solo accenni di attenzione. La mamma è in ansia e mi chiede cosa deve fare. Le dico “quello che farebbe a casa,” “Andrei di là a lavare i piatti” (vorrebbe fuggire da una situazione che la fa sentire impotente). Thomas a un certo punto prende il telefono giocattolo e compone un numero con la rotella (è un telefono analogico, eppure prende la cornetta, se la porta all’orecchio e compone i numeri!) “Pronto, Thomas sei tu?” dico io. Si volta verso di me mi guarda e mi sorride. Ripropone lo stesso gioco e io rispondo. La mamma qui si introduce, ignara di questa richiesta di comunicazione che sta agendo Thomas, e propone il Lego. La mamma propone molte cose senza riuscire a osservare, ascoltare quello che Thomas fa. Mi preoccupa molto vederla così in difficoltà, e penso anche alla possibilità che lei mi senta come “mamma buona e adeguata” cui Thomas dà retta e sorride, e quindi si anima proponendo tanti giochi che pesca dallo scatolone, per affermare la sua capacità di mamma. Tengo sempre molto presenti questi agiti, piccoli segnali che mi permettono di regolare le distanze e di introdurre l’argomento nelle sedute coi genitori. Noto che tutte le volte che mamma tira fuori un bambolotto o un qualcosa di antropomorfo, Thomas li prende e li butta lontano con fastidio (gli è nato un fratello quando lui aveva solo 22 mesi). Ignora invece gli altri oggetti proposti da mamma. Dopo il gioco del telefono, Thomas si scioglie: per tutto il tempo era rimasto seduto sul tappeto dandomi le spalle, in mezzo ad una grande quantità di oggetti, ora invece prende la *sua* macchinina, viene vicinissimo a me, quasi mi tocca e fa andare la macchinina sul tavolo, mi guarda di nuovo. Io sono poco più di una Cosa per lui, mi animo a tratti in questa seduta, e lui non è spaventato. Alla fine lascia la macchinina senza problemi “Te la custodisco qui fino alla prossima settimana”. Sembra fidarsi. Vanno.

### Terza seduta di consultazione con mamma, papà e Thomas

Prima che arrivino, preparo la stanza riducendo drasticamente il numero dei giochi disponibili, trappole per questi due genitori cui è stato detto da qualcuno che devono stimolare il bambino. Lascio quelli cui Thomas si è minimamente interessato e pochi altri: la confusione che si crea intorno a lui riduce molto la sua stessa capacità di concentrarsi su un progetto di gioco, che forse ancora non ha, perché si perde in attenzioni spezzettate riproducendo probabilmente la confusione interna che lo fa girare come una trottola.

Arrivano in tre. Li accolgo sulla porta, lui mi vede e mi sorride, poi entra deciso dirigendosi verso il cesto delle macchinine e dei pentolini, e verso il telefono. Fa e rifà più volte il gioco del telefono con me, e “parla” con suoni

variabili, a volume elevato. Gli rispondo io (è un evidente desiderio di comunicare). Se fossimo stati in terapia, avrei detto “mamma, ti suona il telefono, forse c’è Thomas che ti cerca” stimolando la mamma a cogliere la richiesta. In consultazione no: è troppo presto, non è ancora tempo. Mamma e papà non colgono, sono tesi, cercano di darsi da fare proponendo giochi differenti, fra cui le formine da mettere nei buchi giusti, cosa che lui fa con scarso coinvolgimento emotivo, più per “far loro un piacere” mi pare. Confesso che non mi *interessano* tanto i *giochi intelligenti*. Li metto a disposizione perché spesso, specie all’inizio, servono per tranquillizzare i genitori riguardo l’intelligenza del figlio, spesso da loro stessi messa in dubbio di fronte agli incomprensibili comportamenti del loro bambino. Mamma e papà infatti si tranquillizzano un attimo, ma poi riprendono a proporre progetti di gioco propri, interferendo anche con Thomas che sta tentando di costruire qualcosa con il Lego. Thomas non è veloce e i genitori non sono pazienti, lo correggono modificando l’abbozzo di costruzione in corso, togliendoglielo dalle mani, per “aiutarlo”. Allora Thomas si dedica a caricare su un camion tutte le macchinine, impresa difficile, sostenuto finalmente anche da mamma e papà, coinvolti davvero per la prima volta nel gioco. Alla fine, Thomas è molto soddisfatto del risultato, un lavoro che lo ha impegnato molto tempo. Ma una macchinina è rimasta sul tappeto, la mamma se ne accorge e incredibilmente dice che il lavoro fatto non va bene (terribile frustrazione, perché questo attacco a Thomas?). La reazione di Thomas è stata quella di mollare il gioco. Mi si avvicina molto, dando la schiena ai genitori, con una macchinina in mano. Siamo a fine seduta, papà si distrae rispondendo al cellulare. È ora, Thomas vuol tenersi la macchinina, papà gliela toglie con forza, lui urla, gli dico che la tengo qui, gliela custodisco fino alla prossima volta, lo sa. Si calma, mi guarda, sorride, va tranquillo con mamma e papà.

### Seduta di Restituzione con mamma e papà

Gli incontri di restituzione sono stati due, sia per le tante cose uscite nelle sedute con Thomas, sia perché sussiste sempre il grande problema di ascolto e comunicazione. Agiscono fra loro e con me quello che fanno con Thomas. Saltano sulla voce, interrompono, si interrompono, si zittiscono, fanno un sacco di domande cui si danno da soli risposte spesso improbabili. Per prima cosa sento da loro le impressioni, le emozioni che hanno provato in queste sedute. Erano in ansia, mi dicono, e non sapevano bene cosa dovessero fare. Come mi accade spesso, ricorro ai miei appunti, rileggendo alcuni stralci delle sedute fatte. Sottolineo e restituisco il messaggio positivo da parte di Thomas, del suo desiderio di comunicare e che ci ha fatto capire attraverso il gioco del telefono. “In queste sedute ho risposto io, ma se riuscite a seguire con attenzione quello che lui fa, la prossima volta vi verrà naturale rispondere

alla sua chiamata. Ci ha *detto* nel gioco quello che vorrebbe: comunicare. Molto bene, un desiderio molto sano espresso in un gioco. Si è sentito ascoltato da me nella sua richiesta, e infatti mi ha sorriso e poi si è pure fidato ad avvicinarsi. Non c'è stata risposta da parte vostra, perché vi è sfuggita la domanda, troppo presi dal *fare* e dall'ansia. Nella relazione con Thomas succede un po' quello che sta succedendo qui e ora e che è capitato anche negli incontri precedenti.”

Sottolineo questo problema, perché credo che abbia un peso molto grande nel malessere della situazione. È quello che manca a Thomas, la sensazione di essere visto e ascoltato. È necessario con lui rispettare i suoi tempi: giocare con lui non vuol dire inventarsi dei giochi per lui al fine di “stimolarlo”. È avere e dargli il tempo di scegliere il suo percorso, seguirlo nel suo gioco, arricchendolo pian piano con la propria fantasia di genitore, in modo che Thomas possa appassionarsi e scoprire nuove frontiere di interesse e possa sentirsi apprezzato e degno di costruire qualcosa insieme alla sua mamma e al suo papà. Bisogna rispettare i suoi tempi, aspettare e stare in ascolto. Sicuramente è la proposta più difficile che faccio loro. Come sempre, perché credo che questo sia vitale per il tipo di psicoterapia che offro, dico loro che non potrò fare nulla da sola, che l'aiuto che posso dare è aiutarli ad aiutare Thomas, aiutarli a diventare con me gli attori protagonisti del lavoro necessario per far uscire Thomas dallo stallo in cui si trova. Il grosso del lavoro tocca a loro, lavoro con me e lavoro a casa. Dobbiamo arrivare anche a cercare di comprendere cosa rende loro quasi impossibile mettersi in ascolto dell'altro (reciprocamente e coi figli). Il setting che propongo è un incontro alla settimana, giorno fisso e orario fisso, una volta solo con i genitori e una volta con genitori e Thomas. L'apparente rigidità del setting è motivata dalla mia convinzione che sia importante per Thomas e per i genitori avere la certezza che esiste uno spazio-tempo solo per loro, programmato (salvo eccezioni, l'appuntamento è quello per tutta la durata della terapia, con eventuali cambiamenti concordati di anno in anno); anche per me è importante, perché sento il bisogno di far posto, non solo nella mia agenda, a queste persone difficili.

Accettano senza esitazioni. Il loro dubbio è se continuare o meno la logopedia presso il Centro Autismo. Li lascio liberi di decidere. La sospenderanno dopo pochi mesi.

## Terapia

Ci vorranno 5 mesi di terapia perché si convincano che Thomas “capisce” tutto quello che si dice, nonostante non parli. Erano ormai rassegnati, dopo la comunicazione della diagnosi, ad avere un figlio disabile psichico per sempre. Questo credo sia uno degli effetti collaterali più devastanti dovuti ad una comunicazione medicalizzata e predittiva di una diagnosi del genere a dei

genitori già spaventati. Credo che sarebbe necessario un confronto e un pensiero serio sull'argomento fra gli addetti ai lavori. Molto diverso è dire (e credo dal mio punto di vista che sia molto più corretto e corrispondente a verità) che il bambino presenta una problematica dovuta al fatto che per difendersi da un qualcosa che sente pericoloso, essendo un bambino molto piccolo, ha a disposizione solo difese autistiche, le più arcaiche. Sono espressione dei sintomi che vediamo. Cerchiamo di trovare il modo di comprendere da cosa si sta difendendo, in modo da cercare di rendere i sintomi inutili. I sintomi sono vere e proprie grida di aiuto che il bimbo fa perché non è in grado di farlo in altra maniera. Alla fine, i sintomi sono i benvenuti: ci svegliano e ci fanno intervenire. Non faccio mai "promesse di guarigione". Mettiamoci in cammino e vediamo.

Credo che lo sguardo che un genitore ha nei confronti del figlio faccia una notevole differenza; se lo vede nella sua parte funzionante, il piccolo si sente accolto e visto, se lo vede come un essere perduto, nulla della parte sana del bambino ha motivo di svilupparsi. E lo sguardo non lo si può falsificare, può cambiare solo se il genitore vede nel figlio un piccolo in difficoltà, non un malato incurabile, perduto. L'investimento relazionale che fa crescere può esserci solo se si intravede la sua parte sana, solo se si crede che tutto quello che lui fa ha un senso, sta a noi scoprire quale. Non è facile, e questo primo passo tocca al terapeuta, servendosi dei propri strumenti quali l'osservazione, lo "stare" prima di "fare" e soprattutto mettendosi in contatto col proprio pensiero intuitivo. Questo termine l'ha coniato Ogden in "Intuire la verità di quello che accade: a proposito di *Note su memoria e desiderio* di Bion" (2015, p. 844): studiando ed interpretando Bion, Ogden giunge alla conclusione che è essenziale per un terapeuta coltivare il proprio *pensiero intuitivo*, fa parte del bagaglio di cui non si può fare a meno; in pratica il terapeuta osserva il piccolo che fa cose bizzarre, si muove in modo anomalo, interagisce in modo anomalo, si perde in stereotipie, cose apparentemente senza senso (elementi beta) e attraverso il proprio pensiero intuitivo, che superficialmente, forse banalizzandolo, ho sempre chiamato Fantasia con la F maiuscola, le traduce, trasformandole in elementi alfa. Restituisce al piccolo e ai genitori che sono presenti in seduta, un pensiero pensato, partendo da un pensiero non pensato. Trovare dunque un senso a cose senza senso apparente. Tutto dipende dal terapeuta, se crede che ogni cosa che un bambino fa abbia un senso, dall'urlo improvviso allo sfarfallio, dal giocare con un dinosauro a scappare dalla stanza. Io credo a questo, e mi servo della mia *Fantasia* per tradurre questi comportamenti, dare un senso dove apparentemente senso non c'è. E facendo questo, mostro ai genitori che quello che sta succedendo è sensato, così facendo mostro un altro punto di vista, la possibilità di dare una lettura diversa dal banale normale/non normale. Essendo presenti nella stanza nel corso delle sedute di terapia col bambino, i genitori osservano, si mettono in ascolto e sia in stanza, sia a casa, riescono ad accedere a questi nuovi sistemi di lettura,

mettono in moto la loro *Fantasia* e riescono a recuperare una competenza genitoriale sofferente, con grande soddisfazione propria e con grande beneficio per il piccolo.

Questo passaggio lo ritengo essenziale, perché sono loro che hanno la possibilità di riattivare il loro bambino, ne hanno le motivazioni, il tempo, le conoscenze, loro hanno dentro la storia di loro figlio, lo conoscono da sempre e hanno sicuramente, *da qualche parte* gli strumenti per poter avvicinare quel bambino lì, proprio lui. È questo, a mio parere, il compito principale del terapeuta, traduzione e accompagnamento, entrando in punta di piedi nella vita vera di quella situazione, quella che tutti gli attori mi portano in stanza, mamma, papà e bambino. È un viaggio molto lungo, ma mediamente i genitori che ho incontrato sono stati bravi, ce la fanno, coi loro strumenti ritrovati, del tutto o in parte. Il mio compito è coinvolgere tutti gli attori del percorso, fare da facilitatore alla loro relazione che a questo punto può davvero nascere. È la relazione sufficientemente buona che cura.

Iniziata la terapia, mi è stato possibile entrare con maggior incidenza nel vissuto di questi due genitori. Solo considerando che il paziente è la situazione, quindi bambino e genitori sono tutti pazienti, mi è possibile “sospendere il giudizio” (le numerose supervisioni mi hanno molto aiutata) e accogliere gli agiti, gli attacchi, gli scivoloni che inevitabilmente i genitori fanno, e farmene qualcosa con loro, parlandone, per cercare di comprendere insieme dove affondano le radici delle loro difficoltà interpersonali, relazionali e genitoriali (anamnesi utile!).

Con il procedere della terapia, Thomas progressivamente migliora. Nelle sedute il tema della mamma incinta e poco disponibile per lui quando aveva 16 mesi si ripresenta varie volte con una ambulanza dentro cui lui mette le sue macchinine, con diversa fortuna rispetto al suo umore, a volte contento, a volte arrabbiato. In seduta con lui sottolineo questo gioco dicendo soltanto che le macchinine sono dentro la pancia dell'ambulanza e che poi escono. Come Peter, suo fratello, che era nella pancia della mamma quando lui era piccolo. “Magari avevi paura che ti rubasse il posto. Ma anche tu prima avevi il tuo posto nella pancia della mamma.”

Thomas ora ha 4 anni.

È passato circa un anno e mezzo dall'inizio della terapia; Thomas sta molto meglio, parla, si è aperto alla relazione con adulti e bambini, in seduta gioca con entusiasmo, giochi imitativi e simbolici, i genitori riescono a giocare e relazionarsi con lui, va alla materna, ha amici, addirittura viene definito un leader dalle maestre. Il miglioramento piuttosto rapido di Thomas credo sia da attribuire a varie cose che sono avvenute nel percorso: per prima cosa, mamma e papà hanno cominciato a credere che Thomas non fosse un bambino irrimediabilmente perduto; ne hanno avuto esperienza nelle sedute di terapia nella stanza tutti insieme, quando è risultato evidente anche a loro la possibilità di relazionarsi con lui, con modi e tempi adeguati; questo ha aiutato

ad accendere in loro la speranza che porta ad un circolo virtuoso se unita al grande amore di base che Maria e Giuseppe hanno per loro figlio; per Thomas avere il “privilegio” di avere tutti per sé sia mamma che papà per un’ora intera ogni 2 settimane per tanti mesi, è di per sé diventata una evidenza della propria importanza ai loro occhi e del loro affetto per lui. Con fatica, è aumentata la capacità dei genitori di mettersi in ascolto del piccolo. La terapia ha toccato con tutti loro, Maria, Giuseppe e Thomas, in tempi e modi diversi, da punti di vista differenti, i temi principali legati al *fraintendimento* di Thomas nei confronti di una mamma ed un papà molto presi dalle proprie problematiche (Thomas lo aveva vissuto come non-amore, come assenza). Anche i genitori mi dicono che secondo loro adesso Thomas non è più un problema. Ora però sono preoccupati per Peter (26 mesi).

Questo è un altro pezzo di storia strettamente collegata con il percorso terapeutico successivo di Thomas e di tutta la sua famiglia. Mi fermo, se potrà interessare riprenderò da qui.

Una postilla: al momento dell’ingresso alla scuola elementare di Thomas, la neuropsichiatra infantile dell’AUSL ha chiuso la 104, non ravvisando in lui sintomi attribuibili alla diagnosi iniziale.

#### BIBLIOGRAFIA

Ogden TH. (2015). Intuire la verità di quello che accade: a proposito di *Note su memoria e desiderio* di Bion. *Rivista di Psicoanalisi LXL*, 4, 844.

---

Conflitto di interessi: l’autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 20 settembre 2024.

Accettato: 16 ottobre 2024.

Nota dell’editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell’editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall’editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:948

doi:10.4081/rp.2024.948

*This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.*



## Commento

*Serena Galliera,\* Ottavia Zerbi\*\**

Abbiamo letto con interesse il caso della collega, dottoressa Montali, che ringraziamo per la Sua disponibilità e generosità. Questo scritto ci regala l'opportunità di condividere alcune riflessioni teoriche, precisando che esse sono il frutto della nostra esperienza clinica come terapeute infantili, formate nello specifico del lavoro con il bambino e la sua famiglia all'interno della Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione, Centro di Milano. Osserviamo e facciamo clinica a partire da una "qualità" di sguardo specifico, caratterizzato da premesse teoriche che cercheremo di fare emergere dal nostro commento. Lo stesso sguardo che, come analiste, vorremmo "facessero proprio" anche i genitori che bussano al nostro studio.

Un primo punto che condividiamo nell'accoglienza che la collega fa di questa famiglia è la necessità di "andare oltre" la diagnosi che immobilizza qualsiasi possibilità di ascolto del comportamento del bambino, riportando il focus sulla necessità di una "una relazione che si prenda cura di tutti" perché è "tutta la famiglia che sta male".

Condividiamo pienamente la scelta della terapeuta di accogliere, nel pensiero e nella stanza (cioè nel processo terapeutico) sia il bimbo sia i suoi genitori. Ciò rappresenta una bella occasione per lavorare al cambiamento della famiglia. Solo coinvolgendo direttamente mamma e papà è stato possibile che questi si mettessero autenticamente in gioco, riconsiderando l'idea originaria che vedeva il loro bimbo come "mal funzionante" perché portatore di diagnosi e loro come impotenti spettatori di una "staticità" evolutiva diagnosticata.

Allo stesso modo condividiamo l'importanza di valorizzare il vissuto della terapeuta nel rapporto con i genitori e di utilizzare tale esperienza

---

\*Psicologa e psicoterapeuta, socia SIPRe e IFPS, attuale referente dell'Area Bambino SIPRe di Milano, Italia. E-mail: serenagalliera@gmail.com

\*\*Psicologa psicoterapeuta, socia SIPRe e IFPS, presidente di DcomeDonna APS e socia di Argo Centro per la Persona, Italia. E-mail: ottaviazzerbi@me.com

come prezioso aiuto per cogliere il funzionamento della famiglia oltre che della coppia. Infatti, con buona probabilità, si tratta della medesima “aria” relazionale respirata dal piccolo paziente o, anche detta, l’atmosfera in cui è immerso.

Sintetizzando il pensiero che l’Area Bambino di Milano ha sviluppato negli ultimi 18 anni, il lavoro terapeutico consiste nell’accompagnare i soggetti coinvolti ad “afferrarsi” nel loro momento presente favorendo e sostenendo, in special modo in presenza di bambini piccoli, lo sguardo dei genitori a cogliere il proprio figlio per quello che è; esplicitando gli impliciti e le aspettative che caratterizzano ogni genitorialità, per avvicinare i soggetti alla possibilità di incontrarsi e conoscersi. Questo “incontrarsi nel conoscersi” permette di dare senso anche al piano comportamentale, spesso considerato alieno e sintomatico.

Tante domande, che consideriamo necessario porci, nascono nella nostra mente di terapeute per incuriosirci dei comportamenti di Thomas, di Maria e Giuseppe. Cosa ci comunica questo bambino nel qui e ora? Che bisogni ha? Quando e come vive un’esperienza piacevole? Perché sorride quando ricambia lo sguardo della terapeuta? Come stanno vivendo questo i genitori? Che cosa impedisce a mamma e papà di ascoltare? Chissà cosa dice questo di loro e del proprio modo di essere genitori? Che cosa rende così difficile la sintonizzazione con il figlio? Cosa dice delle loro paure e delle loro aspettative?

Sono domande alle quali non possiamo rispondere aggrappandoci alla sola interpretazione teorica ma “mettendo le mani in pasta” con questi genitori, facendo esperienza con loro nel qui e ora di ciò che accade in quella stanza e nella relazione. Solo interrogandoci insieme a Maria e Giuseppe sul senso del loro fare (ad esempio proporre troppi giocattoli) e del loro dire (ad esempio quando la mamma sembra criticare il lavoro fatto dal suo bimbo) possiamo capirne davvero il significato e sbloccare l’impossibilità di relazione genitori/figlio.

Un altro presupposto che riteniamo importantissimo ci impegna come terapeuti a scardinare un implicito che potrebbe condizionare lo sguardo sulla famiglia: non esistono genitori incompetenti in assoluto, ma coppie genitoriali che hanno smarrito la possibilità di pensarsi, e quindi agirsi e viverli, come competenti. Pertanto, è fondamentale accompagnarli ad accorgersi delle proprie paure, per esempio quella che spinge la mamma di Thomas a rifugiarsi altrove lavando i piatti. Come sottolinea la collega, alcuni genitori hanno bisogno di un viaggio lungo, ad altri basta pochissimo ma nessuno può essere considerato a priori non-competente. Il lavoro del terapeuta è un po’ quello dell’archeologo che va a scavare sotto la terra accumulata dal pensiero negativo su di sé del genitore, per far emergere da quel buio un nuovo pensiero, o meglio, un pensiero diverso di sé.

Ultimo ma non ultimo dei nostri presupposti teorici, è che l’analista stes-

so debba mettersi in ascolto di sé pensandosi come colui che collabora, fin da subito, alla creazione del terreno necessario a cercare insieme le risposte, perseguendo l'idea di un *ben-essere* che derivi da un'esperienza di comprensione.

Per il nostro approccio infatti è fondamentale che il terapeuta, nell'incontro con l'Altro, abbia una posizione interna il più possibile sgombra da impliciti su come dovrebbero essere genitori e figli e che l'evoluzione e lo sviluppo del bambino proceda secondo uno schema complesso di interazione tra diversi piani di competenze acquisite. Nell'osservare lo sviluppo non diamo tanta importanza ai contenuti in sé quanto all'esperienza di sé dentro a tale complessità.

Ogni bambino è un bambino specifico e ogni coppia genitoriale è essa stessa unica e specifica nell'incastro con il proprio figlio. Impossibile, di conseguenza, generalizzare e normalizzare pur partendo da assunti scientifici di conoscenza del funzionamento psichico.

Crediamo che gli esseri viventi siano in continua trasformazione e movimento, per questo motivo non diamo tanto rilievo alla ricostruzione del passato rischiando di distogliere l'attenzione al presente. Non fraintendeteci, ci interessa del passato! Vogliamo incontrarlo inaspettatamente, in una sorta di processo di associazioni libere che porti fuori quello che di spontaneo arrivi alle mente di quei genitori. Pensiamo che si possano capire molte cose, attuali e presenti, impregnate di storia personale, dentro una forma di incontro libero e spontaneo nel qui e ora, accogliendo e sentendo se stessi e l'altro.

Partendo da questa idea, ci spingiamo oltre arrivando ad affermare che per noi il lavoro terapeutico ha inizio già dal primo incontro, che diventa esperienza di accettazione, osservazione, condivisione e spiraglio di speranza per sentire che non si è soli. Lo facciamo scegliendo di non utilizzare una schematizzazione pre-definita di consultazione e di restituzione di una diagnosi/progetto terapeutico. Su questo importante punto teorico e metodologico, che merita un approfondimento, rimandiamo però ad altra occasione di confronto.

Tornando a Thomas, nella conclusione della presentazione del caso ritroviamo uno sguardo comune.

La collega sottolinea l'importanza di avere lavorato "tutti insieme" nella stanza.

Concordiamo che l'esperienza diretta di coinvolgimento e di osservazione del proprio bambino in un "luogo sicuro" abbia permesso a questi genitori di modificare il proprio sguardo, non percependolo più come "irrimediabilmente perduto"; ciò ha favorito la loro possibilità di sintonizzarsi con lui, incontrarlo nel suo momento presente e riconoscerlo come "proprio" e non definito da altri, attraverso una diagnosi.

Nel processo dinamico di questa interazione terapeutica la collega è riuscita a toccare tale profondità, come testimonia il fatto che la situazione

della famiglia si è rasserenata. Crediamo fortemente che ciò sia dipeso in misura minore dal fare analitico esplicitato consapevolmente e molto invece dallo stare insieme nel tentativo di vedersi l'uno l'altro, senza paure, attivando inconsapevolmente, ma pienamente, il senso etimologico di *cura* (dal latino: interessamento solerte e premuroso dell'altro, che impegna sia la nostra anima sia la nostra attività).

---

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 7 novembre 2024.

Accettato: 16 novembre 2024.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:972

doi:10.4081/rp.2024.972

*This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.*

## Commento

*Alessandro Cavelzani\**

Vorrei ringraziare innanzitutto la Redazione di *Ricerca Psicoanalitica* per avermi invitato a commentare un articolo molto interessante, e vorrei esprimere i miei complimenti all'Autrice dell'articolo per come ha descritto il caso e lo ha condotto.

L'articolo offre l'opportunità di riflettere su diversi temi teorico-clinici, quali la psicoterapia del bambino o/e della famiglia, la comunicazione con i genitori nel processo della cura ed il loro coinvolgimento (oppure no) nella terapia, la presenza di più figure curanti (ad esempio, la psicomotricità in un centro specializzato, e uno psicoterapeuta aggiuntivo coinvolto all'esterno), e molti altri aspetti.

In questo commento, pongo in evidenza in primo luogo la dimensione etica dell'intervento psicoanalitico, ed al riguardo esprimo un profondo apprezzamento all'Autrice dell'articolo per il suo operato. Nell'ultimo decennio stiamo assistendo infatti ad un aumento straordinario del numero di diagnosi di disturbi del comportamento, in particolare a scuola (ADHD – iperattività; DSA – disturbi dell'apprendimento collegati con disturbi emotivi psicologici di ansia e depressione; e disturbi dello spettro autistico). Al di là dell'apprezzabile progresso degli strumenti diagnostici e dell'importanza della prevenzione e del trattamento precoce, moltissime di queste diagnosi sono invece purtroppo espressione di un business poco etico, in cui il minore viene troppo facilmente etichettato/diagnosticato attraverso il sintomo, con scarsa attenzione invece al perché del comportamento-problema, e al contesto familiare (Cavelzani & Romeo, 2022). Anche se al bambino viene fatto iniziare spesso un lungo e multidisciplinare progetto terapeutico, di solito molto costoso (ad esempio, una o due volte a settimana la logopedia, cui si aggiunge una volta alla settimana la psicomotricità, e una volta la settimana la psicoterapia), con l'argomentazione che le differenti figure

---

\*PhD, Psicoanalista SIPRe, Milano, Italia. E-mail: [alessandro.cavelzani@libero.it](mailto:alessandro.cavelzani@libero.it)

professionali sono benefiche rispetto alla complessità della situazione, emerge il dubbio riguardo al paradosso etico della troppa cura cui il piccolo è sottoposto settimanalmente per anni, sviluppando sovente profondi effetti collaterali negati riguardo la propria identità. Troppo frequentemente mi giungono infatti in consultazione bambini che dopo diversi anni di questi trattamenti, presentando cristallizzazioni di sintomi e un'identità inconscia di "bambino problematico", ormai accettato passivamente e convalidato dai genitori nell'interazione quotidiana con il figlio. Mi spiego meglio: non intendo dire che le diagnosi (di autismo o altro) siano sbagliate, giacché esse vengono fatte sulla base di strumenti diagnostici ben validati. Evidenzio solo la necessità di comprendere meglio i motivi relazionali complessi per i quali il bambino – e i suoi genitori – si esprimono attraverso il sintomo, per evitare che il comportamento disfunzionale venga collusivamente confuso con l'identità. Diversamente, si innescano e si convalidano nella ripetizione mese dopo mese, abitudini relazionali tossiche tra genitori e bambini che creano microtraumi e disturbi della personalità nel piccolo (Cavelzani *et al.*, 2018; Cavelzani, 2023). L'Autrice dell'articolo ha invece coraggiosamente operato in modo etico nel momento in cui questi genitori le hanno chiesto aiuto non solo perché si sentivano esclusi dal processo di cura del figlio, ma anche perché non erano chiari i motivi del suo funzionamento autistico. Non è stato dato infatti per scontato che ormai il bambino fosse autistico-problematico-spacciato, e di conseguenza non è stato impostato uno pseudo percorso con i genitori per accettare-subire questa tragedia annunciata. Invece, l'Autrice ha cercato fin dall'inizio di comprendere il contesto familiare, in particolare come i genitori percepiscono, comunicano e si relazionano con il proprio bambino attraverso il gioco (o il non giocare più con lui). Ed ecco che nel percorso terapeutico i genitori hanno cambiato il loro modo distorto di percepire e relazionarsi con il figlio, modificando un disfunzionale circolo vizioso.

Un secondo aspetto che vorrei valorizzare nel caso descritto dall'Autrice, riguarda il coinvolgimento dei genitori anche nel processo terapeutico, perfino attraverso sedute di gioco congiunto tra bambino e adulto di riferimento. Questa tecnica clinica ha permesso di notare e comprendere fin dall'inizio un collegamento tra il sintomo del bambino e le difficoltà comunicative e interattive dei genitori (difficoltà ad ascoltarsi, difficoltà a riconoscere i bisogni sottostanti i comportamenti e le emozioni espresse, progressiva rinuncia al gioco insieme). Come sappiamo, nella psicoanalisi infantile classica il coinvolgimento diretto dei genitori nelle sedute di cura del bambino non era contemplato (Klein, 1978), tutt'al più venivano inviati ad un analista-collega per una psicoterapia individuale parallela qualora presentassero disturbi nevrotici o di personalità. Nell'approccio relazionale contemporaneo si trovano invece sia modelli di intervento con entrambi i genitori presenti, sia modelli che considerano solo una diade per volta (mamma e bambino, oppure papà e bambino).

Seligman, 2018; Milanese & Cavelzani, 2017). Occorre considerare che coinvolgere i genitori nelle sedute corrisponde ad un notevole incremento della complessità degli incontri terapeutici, non solo perché intervengono molti più fattori a condizionare i comportamenti e le risposte interattive di tutti i partecipanti (incluso il terapeuta), ma anche e soprattutto per la velocità con cui accadono gli scambi comunicativi ed emotivi, e la creazione e trasformazione dei significati. Dunque il rischio è di non riuscire a cogliere oppure a non elaborare adeguatamente tali significati, in particolare i proto-pensieri, con il conseguente pericolo di alimentare potenti resistenze e interruzioni della cura.

Suggerisco quindi di intervallare sedute congiunte con incontri di feedback ai genitori per cercare di rilevare criticità ed elaborare meglio i punti che stanno emergendo nella terapia. E mi pare che anche su questo aspetto, l'Autrice abbia operato bene.

#### BIBLIOGRAFIA

- Cavelzani A. (2023). Working parents' burnout during Covid19 pandemic. Clinical examples and managerial implications. *International Journal of Environment, Workplace and Employment*, 27, 121-129.
- Cavelzani A., Romeo L. (2022). Preventing child maltreatment and traumas. Cambridge Scholar Publishing, UK.
- Cavelzani A., Trincerini M., Gorio M., Romeo L. (2018). Micro-traumatic experiences and psychotherapeutic treatment. *Journal of Integrative Medicine*, 7, 518.
- Klein M. (1978). Scritti 1921-1958. Bollati Boringhieri, Torino
- Milanesi P., Cavelzani A. (2017). Le sedute congiunte genitore/bambino. *Ricerca Psicoanalitica*, 2/2017, 23-43.
- Seligman S. (2018). Lo sviluppo delle relazioni. Infanzia, intersoggettività, attaccamento. Raffaello Cortina.

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 5 novembre 2024.

Accettato: 16 novembre 2024.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

*Ricerca Psicoanalitica* 2024; XXXV:971

doi:10.4081/rp.2024.971

*This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.*





## Commento

*Silvia Dioni\**

La società contemporanea, perlomeno quella occidentale, attribuisce grande rilevanza agli aspetti di riuscita personale e capacità di adattarsi con successo alle sfide esistenziali. La genitorialità non fa eccezione: sentire di essere buoni genitori, capaci di fronteggiare le transizioni e le difficoltà dello sviluppo dei propri figli, nel rispetto degli ideali vigenti è, nella gran parte dei casi, un potente motore del senso di efficacia e affermazione di sé. Non solo: durante la gravidanza, ma anche prima, la capacità di concepire e partorire un bambino intatto e perfettamente sano costituisce una fonte di autostima per i genitori, in particolare per le madri.

Un tale, profondo coinvolgimento nello sviluppo dei propri figli può provocare un grave dolore psichico ai genitori dei bambini con difficoltà; di fronte alle criticità della crescita madri e padri sperimentano sentimenti di angoscia, impotenza, imbarazzo, timore di aver miseramente fallito un importante progetto esistenziale.

Il dolore dei genitori inevitabilmente risuona nel terapeuta a cui questi chiedono aiuto, richiesta che non di rado può mobilitare nel clinico sentimenti contrastanti; il contatto con i bambini sofferenti e le loro famiglie è infatti spesso qualcosa di incandescente, enigmatico, una potenziale miniera di opportunità ma anche un campo minato da molteplici insidie. Tra i tanti fattori in gioco, uno su tutti la grande fatica del confronto con l'infelicità dei bambini, perché "la loro sofferenza è particolarmente conturbante, penosa, difficile da tollerare" (Cancrini e Biondo, 2012).

Credo che il caso clinico descritto da Simona Montali renda perfettamente conto di tutta la complicata ricchezza del nostro ruolo di clinici nel

---

\*Psicologa e Psicoterapeuta, U.O. Centro Fibrosi Cistica, U.O. Pediatria, U.O. Gastroenterologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Italia.  
E-mail: [sdioni@ao.pr.it](mailto:sdioni@ao.pr.it)

lavoro con le famiglie, tenuto conto che “il problema di un bambino è sempre un problema familiare” (Andolfi, 1977) e che lo sguardo non può prescindere, sia nell’osservazione che poi nella presa in carico, da tutti gli attori che popolano le relazioni significative del bambino, aspetto che rende il lavoro clinico in età evolutiva particolarmente complesso, stratificato, molto sfidante. Montali ci introduce subito nel vivo della complessità, già dal modo in cui il suo stile narrativo rende conto del ritmo sincopato con cui talvolta le famiglie si trovano avviluppate in un vortice incalzante di test e diagnosi infauste e trattamenti riabilitativi e burocrazia.

Dall’anamnesi di Thomas i segnali suggestivi di un disturbo dello spettro autistico avrebbero potuto esserci tutti, ma il confine tra nevrosi e psicosi non è sempre così chiaro, perché il dinamismo psichico in età evolutiva è estremo e Montali ha quindi una preziosa intuizione quando deduce che si possa trattare sì di un guscio autistico ma più difensivo che strutturale e apre così la strada ad una nuova speranza per Thomas e per i suoi genitori.

Il coinvolgimento di tutta la famiglia (“la gran parte del lavoro spetta a voi, qui da me e a casa”) è il *fil rouge* del caso clinico e rende giustizia ad un elemento portante dell’analisi infantile, ossia che la protezione dei bambini non può prescindere dal tentativo preliminare di recupero dei genitori, anche e soprattutto laddove la sofferenza nasca proprio da distorsioni relazionali tra genitori e figli.

Le evidenze della teoria sull’attaccamento ci dicono quanto sia importante che la relazione sia preservata e rafforzata, purché ovviamente la natura del vincolo stesso non sia tale da mettere a rischio la crescita psicofisica dei bambini (Cirillo, 2005). Per questo uno dei principali obiettivi della terapia è spesso quello di ridurre nei genitori la sensazione di essere incompetenti, colpevoli, impotenti, sentimenti che interferiscono con lo sviluppo di una sana relazione con i propri figli.

Montali descrive un padre e una madre che non sanno bene come posizionarsi rispetto al loro bambino (“la mamma è in ansia e mi chiede cosa deve fare”) e che non sembrano in grado di coglierne i segnali e i bisogni senza diventare intrusivi o distratti; l’intervento clinico mira quindi a favorire un recupero della fiducia nelle proprie capacità (“Le dico: quello che farebbe a casa”), mobilitando implicitamente le competenze che il genitore (forse) ha, ma talvolta non sa o non crede più di avere e senza cedere alla tentazione (salvifica e difensiva al tempo stesso) di sostituirsi ai genitori o a quella di suggerire loro facili soluzioni.

Il genitore che chiede consigli su cosa fare, a casa o in seduta, è una delle trappole più frequenti tese ad un terapeuta dell’età evolutiva. Si possono commettere vari errori, da quello di aderire a linee troppo rigide e strutturate alla tentazione di colludere sbrigativamente con la richiesta,

anche a volte per un bisogno narcisistico di dimostrare il proprio talento terapeutico.

Per alcuni genitori chiedere consigli è un modo inconsapevole di scaricare la tensione o di rendere impotente il terapeuta, costringendolo a sperimentare in prima persona la difficoltà di fare i conti con il comportamento problematico dei propri figli (Neri e Latmiral, 2004).

Il “rifiuto” di dare consigli pratici può essere sostituito con la disponibilità a lavorare con i genitori per trovare insieme una loro risposta; inoltre evitare di dare consigli, che i genitori potrebbero tra l’altro aver già sperimentato fallendo o potrebbero non essere in grado di mettere in pratica, trasmette alla famiglia il valore dei comportamenti sintomatici e che non basta una semplice ricetta per dissolverli magicamente.

Sarebbero prescrizioni controsistemiche, che tengono conto solo del contenuto e non delle relazioni sottese (Andolfi, 1977); Montali, invece, non perde mai di vista la funzione che quel sintomo svolge all’interno di quello specifico sistema familiare. Anche in seduta il sintomo è una presenza ingombrante: Thomas entra, rovescia i giochi, li calpesta, vaga senza meta, tiene le distanze, non guarda l’analista. I bambini impongono nella stanza di terapia linguaggi arcaici, non sempre comodi; utilizzano ampiamente il corpo e la libertà di muoversi nello spazio della stanza ed è decisiva la prontezza con cui l’analista sa cogliere metafore e senso nei loro movimenti (Badoni, 2023).

Il percorso che Montali si trova a compiere insieme a Thomas si preannuncia lungo e difficile, poiché difficile è creare le condizioni che introducano senso nel caos delle esperienze traumatiche precoci, favorire un passaggio evolutivo dal corporeo al mentale e uscire dal mondo caotico e bizzarro che il bambino cerca di riprodurre nella stanza di terapia, come se la sua attenzione discontinua e frammentata fosse una riedizione dell’attenzione discontinua e frammentata ricevuta dai suoi genitori.

L’analista fa appello alla propria capacità negativa, tiene a sua volta le distanze ed evita di parlare, sta prima di fare, come descritto da Badoni rispetto alle qualità tiranniche di alcuni transfert:

“L’analista sa o impara che la scommessa è ora, tra sé e sé, prima che tra sé e il paziente. La pressione a che l’analista agisca è in questi casi assai forte: è necessario in primo luogo poter resistere a questa pressione, tenersi ancorati alle proprie percezioni nella speranza di poter comprendere in che regime si stia lavorando e di farvi fronte.”

Occorre trovare un linguaggio comune che renda possibile il dialogo, ed è interessante a questo proposito il riferimento al trattamento logopedico (“Il loro dubbio è se continuare o meno la logopedia, la sospenderanno dopo pochi mesi”).

L’acquisizione del linguaggio è un passaggio fondamentale per lo sviluppo del pensiero e quello condiviso con le figure di riferimento permette

alle emozioni non soltanto di essere riconosciute, nominate e comunicate ma anche di essere trattenute nella mente, di venire ripercorse e nuovamente narrate (Borgogno e Ferro, 2002).

Thomas è un bambino che non parla e a giudicare dalla fatica con cui ascolto e comunicazione trovano spazio nelle interazioni famigliari si potrebbe pensare ad un mutismo connesso ad un atteggiamento di rinuncia e sfiducia.

Il linguaggio, inteso come capacità di narrazione interiore, non è infatti una mera ripetizione di nomi (e non si acquisisce appunto soltanto attraverso esercizi di logopedia) ma una possibilità creativa di senso che necessita però di un orecchio attento, partecipante e disponibile.

Il dialogo tra Thomas e gli adulti presenti nella stanza d'analisi si instaura quindi sul registro del gioco, canale comunicativo di elezione per i più piccoli, che consente loro di esprimersi e di iniziare a proporre "piccole narrazioni" simboliche, attraverso cui l'analista può finalmente modificare le angosce di separazione rimosse ("Vorrebbe portarsi via una macchinina. La vuole, piange. Intervengo dicendo che la custodisco qui per lui quando torna").

Anche la definizione rigorosa del setting (giorni, orari, tempo e giochi a disposizione) rende più tollerabile la separatezza; Thomas tende ad utilizzare la stanza come uno spazio indefinito e illimitato e la seduta come un continuum senza un prima e un dopo ma l'intervento dell'analista, introducendo viceversa la limitatezza spazio-temporale del setting, aiuta ad affrontare le angosce di separazione del bambino e a contenere le ansie dei genitori.

Sarebbe interessante sapere qualcosa di più sul processo di recupero delle funzioni genitoriali di Maria e Giuseppe nei mesi successivi alla prima consultazione, su come siano riusciti a mettersi finalmente in contatto con il proprio sé infantile, con gli aspetti disturbati e disturbanti della relazione coniugale e di quella con le rispettive famiglie di origine.

È la relazione che cura, questo è un tema centrale che risuona nel racconto di Montali, un concetto che si declina a seconda delle situazioni, vale a dire che sarebbe proficuo chiedersi quali e quanti aspetti di quella specifica relazione siano stati curativi rispetto a quella specifica situazione famigliare.

Parafrasando Loewald, si potrebbe dire che Montali renda sé stessa disponibile per lo sviluppo di una nuova relazione oggettuale tra sé e il bambino e che il bambino, dal canto suo, tenda a trasformare questa relazione oggettuale potenzialmente nuova in una vecchia.

Avendo bene in mente le parti sane di Thomas l'analista lavora eliminando le distorsioni relazionali presenti, fungendo da modello alternativo per i genitori in crisi e portando alla luce il vero "per via di levare" come nella creazione di una scultura, sempre guidata da un'immagine che occorre saper tenere bene a fuoco almeno nella propria mente, così da preservarla e restituirla al bambino e ai genitori che l'avevano perduta.

## BIBLIOGRAFIA

- Andolfi M. (1977). *La Terapia con la famiglia. Un approccio relazionale*. Case Editrice Astrolabio.
- Badoni M. (2023). *Prendersi in gioco – Una psicoanalista racconta*. Raffaello Cortina Editore.
- Borgogno F., Ferro A. (2002). *Quaderni di Psicoterapia Infantile – Il bambino e l’adolescente sofferenti*. Edizioni Borla.
- Cancrini T., Biondo D., a cura di. (2012). *Una ferita all’origine. Trattamento psicoanalitico del bambino traumatizzato*. Edizioni Borla.
- Cirillo S. (2005). *Cattivi Genitori*. Raffaello Cortina Editore.
- Loewald H.W. (1999). *Riflessioni psicoanalitiche*. Ed. Masson.
- Neri N., Latmiral S. (2004). *Quaderni di Psicoterapia Infantile – Uno spazio per i genitori*. Edizioni Borla.

---

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 10 ottobre 2024.

Accettato: 16 ottobre 2024.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

*Ricerca Psicoanalitica* 2024; XXXV:956

doi:10.4081/rp.2024.956

*This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.*



## ***Il caso di Thomas (2 anni e 7 mesi) e della sua famiglia: replica ai commenti***

*Simona Montali\**

Ho letto con molta attenzione e curiosità i tre commenti dei Colleghi intorno al caso clinico di Thomas. Attenzione, perché mi piace il confronto, curiosità perché non ero certa che dal mio scritto si riuscisse a intuire la strada che ho percorso con Thomas e la sua famiglia: è difficile in poche pagine riassumere una storia durata vari anni, e continuata anche oltre il punto in cui mi sono fermata nello scritto. Ringrazio davvero i Colleghi. Ognuno dei tre commenti mi ha fatto riflettere più attentamente su alcuni aspetti del mio modo di lavorare. Provo a evidenziarne qualcuno.

Mi ha trovato molto d'accordo l'osservazione di Silvia Dioni rispetto l'attenzione che ogni terapeuta infantile deve porre sul proprio "sentire":

il dolore dei genitori inevitabilmente risuona nel terapeuta, e nel clinico può mobilitare sentimenti contrastanti; il contatto con bambini sofferenti e le loro famiglie è infatti spesso qualcosa di incandescente, enigmatico, una potenziale miniera di opportunità ma anche un campo minato da molteplici insidie.

Questo è vero sia nel ritrovarsi in contatto con bambini e famiglie sofferenti per una problematica fisica (sono un medico e ho lavorato per più di 20 anni in un reparto di neonatologia e terapia intensiva neonatale), sia per una loro inaspettata e inspiegabile sofferenza sorta insieme al palesarsi di un comportamento insensato del proprio bambino fisicamente "sano".

E, aggiungo, fra tutte le insidie per il terapeuta, c'è anche quella di perdere la capacità dell'equidistanza, l'istinto di mettersi dalla parte del più debole, il piccolo, o dalla parte del genitore comprensibilmente esausto e disperato, di uscire in poche parole dal proprio ruolo. Ma il paziente è la situazione, nel suo insieme, e questo di per sé mi aiuta a tenere la barra dritta, credo. Di nuovo qui sottolineo la necessità del confronto in supervisione

---

\*Medico chirurgo, pediatra, neonatologa, psicoterapeuta dell'età evolutiva e dell'età adulta, Italia. E-mail: s.montali@virgilio.it

con i Colleghi, in una formazione continua che sento necessaria finché continuerò a vedere pazienti. È molto importante in questo senso per me avere un gruppo di riferimento, ed anche potersi confrontare con altri colleghi di diversa formazione, attenuando il rischio di autoreferenzialità.

Le Colleghe Galliera e Zerbi hanno colto molto puntualmente le mille domande che nascono dai reciproci comportamenti di Thomas, Maria e Giuseppe. Sono domande alle quali non possiamo rispondere aggrappandoci alla sola interpretazione teorica, ma “mettendo le mani in pasta con questi genitori”, facendo esperienza nel qui e ora di ciò che accade in quella stanza e nella relazione.

È la relazione sufficientemente buona che cura.

Il loro scritto continua sottolineando l'importanza del lavoro con i genitori, il fatto che non esistono genitori incompetenti in assoluto: la funzione che noi, come terapeuti, abbiamo è quella di accompagnarli per aiutarli a ritrovare i propri strumenti che sono sicuramente rimasti sepolti da qualche parte dentro di loro; questa credo sia la parte più consistente del nostro lavoro. Sottolineano, ed io con loro, l'unicità sia del bambino, sia dei genitori e soprattutto l'unicità del rapporto genitori/figli; ogni generalizzazione è un'insidia, una di quelle di cui si parlava prima. Le colleghe sottolineano che nella loro esperienza il lavoro terapeutico inizia già dal primo incontro. Condivido pienamente questo concetto, motivo per cui non solo io, ma anche nel nostro Centro al Ruolo Terapeutico di Parma chi incontra i genitori per un primo colloquio conoscitivo sarà anche la persona che continuerà il percorso, se un percorso ci sarà. Il racconto della mia metodologia d'approccio pare una schematizzazione predefinita: c'è un primo colloquio, un periodo di consultazione con alcuni incontri solo con i genitori con raccolta anamnestica (brutta e fredda parola retaggio medico, lo ammetto!) e successivamente qualche seduta di gioco e osservazione con genitori e bambino; alla fine, si tirano le fila del percorso fatto, e con i genitori si definisce meglio se e come procedere; quella è la restituzione. Tutto questo primo lavoro, nella pratica è un periodo che ci serve per conoscerci vicendevolmente, un periodo durante il quale acquisisco sì informazioni, ma soprattutto entro pian piano, perché loro me lo permettono, nella loro vita attuale e passata. A loro volta i genitori ed il bambino esperiscono quello che sarà il percorso, fanno una prima esperienza che permette loro di comprendere un po' meglio di cosa si tratta, ed in questo modo possono meglio decifrare e decidere se il mio aiuto, il modo con cui lo propongo anche nella pratica clinica, è quello che cercano e quello per cui si possono mettere davvero in gioco.

Cavelzani poi mi ha colpito rispetto al suo sottolineare più volte l'aspetto etico del mio raccontare di Thomas e dei suoi genitori. Lo ringrazio davvero. Uno dei punti cruciali del pensiero del Ruolo Terapeutico è proprio questo: l'etica viene prima della tecnica.



Sono molto d'accordo con lui quando afferma:

“Nell'ultimo decennio stiamo assistendo infatti ad un aumento straordinario del numero di diagnosi di disturbi del comportamento, in particolare a scuola (ADHD – iperattività; DSA – disturbi dell'apprendimento collegati con disturbi emotivi psicologici di ansia e depressione; e disturbi dello spettro autistico)”

E in seguito:

“[...] il minore viene troppo facilmente etichettato/diagnosticato attraverso il sintomo, con scarsa attenzione invece al perché del comportamento-problema, e al contesto familiare (Cavelzani & Romeo, 2022).”

E ancora:

“E anche se al bambino viene fatto iniziare spesso un lungo e multidisciplinare progetto terapeutico, di solito molto costoso, con l'argomentazione che le differenti figure professionali sono benefiche rispetto alla complessità della situazione, emerge il dubbio riguardo al paradosso etico della troppa cura cui il piccolo è sottoposto settimanalmente per anni, sviluppando sovente profondi effetti collaterali negati riguardo la propria identità presentando cristallizzazioni di sintomi e un'identità inconscia di “bambino problematico”, ormai accettato passivamente e convalidato dai genitori nell'interazione quotidiana con il figlio.”

Sinceramente, insieme a Cavelzani, credo, ho qualche dubbio sul fatto che differenti figure professionali siano di per sé benefiche rispetto alla complessità della situazione, così, tout court. Dipende.

Credo che l'intervento multidisciplinare possa essere senz'altro utile, talvolta necessario, ma non è il cosa si fa, ma il come si fa e, non ultimo, quando si fa. C'è un tempo per tutto e un perché per tutto, credo. Sarebbe un discorso lungo.

Ogni percorso terapeutico è unico, è una storia a parte. Importante è poter lavorare con le persone che più a lungo stanno con il bimbo, i suoi adulti di riferimento. I genitori in primo luogo, che incontro da soli, nella settimana successiva alla seduta che abbiamo fatto insieme al piccolo. In pratica, di settimana in settimana si alternano con me sedute di mamma e papà e sedute di mamma papà e bambino. Hanno poi un ruolo cruciale gli insegnanti e gli educatori eventuali. A volte questi “adulti di riferimento” si rivelano essere un aiuto estremamente prezioso, ne ho avuto esperienza. Altre volte meno. Tento sempre, genitori permettendo, di incontrarli con una certa regolarità e frequenza. Ma anche quello della scuola sarebbe un discorso molto lungo.

Un'ultima cosa, ma credo molto importante: ritengo essenziale che il bambino, anche se non parla, anche se è molto piccolo, possa essere in qualche modo a conoscenza di quello che lo riguarda, del motivo per cui viene

da me, di chi sono io, del fatto che io vedo i genitori anche senza di lui, del fatto che vado al nido, alla materna o a scuola per conoscere le persone con le quali lui ha a che fare per tante ore delle sue giornate. Il bambino è una persona, e come tale va rispettata.

Ringrazio tutti i colleghi del tempo dedicatomi e spero di potervi incontrare anche di persona.

#### BIBLIOGRAFIA

- Calvenzani A. (2024). Commento a Il caso di Thomas (2 anni e 7 mesi) e della sua famiglia. *Ricerca Psicoanalitica* 35(3), 829-831. <https://doi.org/10.4081/rp.2021.971>
- Dioni S. (2024). Commento a Il caso di Thomas (2 anni e 7 mesi) e della sua famiglia. *Ricerca Psicoanalitica* 35(3), 833-837. <https://doi.org/10.4081/rp.2021.956>
- Galliera S, Zerbi O. (2024) Commento a Il caso di Thomas (2 anni e 7 mesi) e della sua famiglia. *Ricerca Psicoanalitica* 35(3), 825-828. <https://doi.org/10.4081/rp.2021.972>

---

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 16 novembre 2024.

Accettato: 24 novembre 2024.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

*Ricerca Psicoanalitica* 2024; XXXV:974

doi:10.4081/rp.2024.974

*This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.*

*Fulvio Forino\**

## **Forme della presenza sociale giovanile. Dialoghi tra uno psicologo, un sociologo e un architetto**

di Fabio Vanni, Alessandro Bosi, Dario Costi  
MIMESIS EDIZIONI, 2024

Questo saggio è un tentativo ben riuscito di proporre non solo agli addetti ai lavori ma anche a genitori, educatori, insegnanti una visione multidimensionale della condizione giovanile e delle forme di socialità che bambini, adolescenti e giovani di oggi vanno assumendo. È un saggio che ti prende fin dalle prime pagine. I tre autori affrontano un tema che in ogni epoca e società è sempre stato attuale e per nulla scontato. Si tratta di uno psicologo psicoterapeuta, di un sociologo orientato alla ricerca, e di un architetto progettista urbano, tre professionisti che sanno di avere a che fare con regole e eccezioni alle scienze umanistiche piuttosto che con le immutabili leggi delle scienze esatte. Partendo da differenti prospettive e da esperienze professionali e personali, gli autori esplorano il mondo giovanile conversando tra loro. Si avverte subito che discutono in modo interdisciplinare: mescolano esperienze, conoscenze scientifiche, cultura umanistica. Pronti a accogliere il punto di vista dell'altro si ascoltano a vicenda. Mostrano di sapere che nel loro lavoro è importante avere un approccio alla realtà e all'essere umano interdisciplinare, complesso, e multidimensionale. Non è poco, se pensiamo che viviamo in un'epoca dominata dalla tecnologia e dalla specializzazione in cui pochi arricchiscono la propria cultura e il proprio sapere vagabondando e curiosando in campi del sapere diversi dal proprio. Ad un saggio si chiede di fornire al lettore informazioni e conoscenze. Questo è un saggio che porta il lettore a riflettere: un risultato non da poco, se pensiamo che facciamo fatica a fermarci per riflettere sottoposti come siamo a ritmi di vita sempre più

---

\*Ideatore e Coordinatore del Festival della Complessità, Italy.  
E-mail: fulvioforino2@gmail.com

veloci e a un incessante “bombardamento” comunicativo fatto di spot e di frammenti d’informazione.

Il contesto in cui viviamo parla di noi e Parma parla dei nostri tre autori e dei giovani che come loro l’abitano. Parma fa da sfondo ed è proposta come metafora dell’abitare oggi in città che, anche se di medie dimensioni, si sono impoverite di verde, di spazi comuni, di luoghi identitari e della memoria. Oggi in molte città muoversi in bicicletta o a piedi è diventato difficile e non è più occasione di socialità. Lo sviluppo urbano ha portato a pensare le città in funzione dell’automobile, diventata oramai indispensabile. Spesso, nel muoverci in città chiusi nella nostra auto la città ci appare ostile e abitata da estranei da cui guardarsi. Eppure quando visiti Parma hai la sensazione di trovarti a tuo agio in una città ospitale e che funziona. Non a caso Parma e la sua provincia sono tra quelle che nel nostro paese hanno il più alto capitale sociale. Dai dati risulta infatti che Parma è una di quelle città ricche di iniziative associative, culturali, sportive, musicali, di volontariato, ecc. che coinvolgono molte persone che possono incontrarsi e stabilire relazioni spesso significative. Nonostante ciò, convinti che la relazione con la città influenzi i comportamenti di giovani e adulti, i tre autori discutono di quale potrebbe essere la forma di una “città delle relazioni”, una città più abitata, verde, accogliente, a dimensione di bambini e giovani, e quindi a dimensione di tutti. Così una prima riflessione proposta nel saggio riguarda il come fin da piccoli oggi si apprende a tenere un ritmo di vita veloce, a non sprecare il tempo, a essere performanti, a competere. Genitori sempre in affanno trasferiscono in auto i loro figli da un “recinto” all’altro, da una “scatola” all’altra. Bambini e adolescenti passano le loro giornate tra scuole, attività sportive, lezioni d’inglese, scuole di musica, tutti spazi standardizzati dove insegnanti, istruttori, e baby-sitter li allenano a essere efficienti. “Genitori elicottero” e “madri avatar” passano il tempo a organizzare la vita dei loro figli convinti che li stiano proteggendo e preparando alla vita. Dimenticano che non siamo esseri isolati e indipendenti. La vita è relazioni e non si cresce da soli: si cresce in famiglia ma ci si forma soprattutto facendo esperienza della vita, stringendo relazioni significative con compagni di scuola, di gioco, di un’associazione che si frequenta, ecc. Per la loro importanza per la salute affettiva e mentale di bambini, adolescenti e giovani la relazione, le relazioni in molte teorie psicologiche “delle età dello sviluppo” sono diventate centrali. Crescere è un processo plurale, un processo che non coinvolge solo genitori e familiari ma più attori quali insegnanti, educatori, allenatori. I genitori in particolare, dovrebbero sapere che una figlia o un figlio per molti versi sono per loro degli sconosciuti. Li conoscono solo per come sono e si comportano in famiglia. Non hanno un’immagine complessa, multidimensionale, ologrammatica dei figli che conoscono solo per quello che vedono dal loro particolarissimo

punto di vista. Chi ha una certa età ha vissuto in città in cui gli adulti avevano tutto sotto controllo, dove il quartiere in cui si nasceva e si cresceva era un mondo ricco di spazi comuni dove i bambini potevano scorrazzare e giocare, e la città era vissuta e esplorata da adolescenti e giovani che si avventuravano in strade e piazze sviluppando un'identità e un sentimento d'appartenenza condivisi. Ricordano anche, però, che vivere in una piccola comunità dove tutti sanno tutto, significava crescere sapendo di avere a che fare con canoni tradizionali, con percorsi di vita precostituiti e con un futuro già definito. Vivere in città dà oggi a un giovane la possibilità di darsi una sua identità e un suo futuro ma al prezzo di prosciugare la possibilità d'intrattenere relazioni profonde e durature. Non a caso i giovani, se consultati su come dare vita a una città a loro dimensione, fanno proposte molto concrete come ad esempio dotare le biblioteche di spazi dove si possa chiacchierare prendendo un caffè, installare negli spazi verdi parchi giochi per i bambini e percorsi per l'attività fisica all'aperto, posizionare in piazze e in slarghi panchine, sottrarre all'anonimato palazzi e luoghi anonimi dipingendone le pareti con murales. Nell'interagire con la "città della non relazione" adolescenti e giovani stabiliscono con lei un loro tipo di rapporto inedito: riscrivono lo spazio urbano. Non "occupano" il centro storico, ma quartieri che reinventano come luoghi generazionali e identitari. Spazi periferici, spesso degradati di notte, si animano di voci, parole e gesti nuovi, sconosciuti agli adulti. Spazi anonimi diventano spazi relazionali, luoghi d'incontro auto-organizzati. Gli esempi sono moltissimi. Di notte in quartieri una volta deteriorati come ad esempio i Navigli a Milano, il Pigneto o San Lorenzo a Roma non incontri adulti ma solo una folla di adolescenti e giovani che si mescolano, formano gruppetti, stringono amicizie, rinvigoriscono rapporti, passeggiano e tra una chiacchiera e l'altra discutono e riflettono. Su cosa? Adolescenti e giovani sanno bene di essere nati al tempo di una crisi permanente di cui non si vede la fine. Usciti dall'ovatta di un accudimento spesso prolungato, eccessivo e infantilizzante si trovano a vivere in una società bloccata. Per loro il futuro è indefinito. La loro condizione rispecchia il tramonto delle ideologie che risalgono all'ottocento e l'affermarsi di un'ideologia neoliberista secondo cui non esiste la società, esistono solo individui, solo imprenditori di sé stessi. Imprenditori e professionisti adulti sanno quanto nel loro lavoro tutto dipenda da loro stessi. Vivono in una dimensione di solitudine proprio come molti giovani i quali per la paura di sbagliare attraversano in solitudine momenti di smarrimento rischiando di perdersi. Il mondo dei giovani si è trasformato in un mondo di individui poveri di futuro, popolato da precari, stagisti, partite IVA, incaricati a progetto, prestatori d'opera in nero, tutti molto spesso sottopagati i quali vivono in una condizione d'incertezza paralizzante e generatrice d'inerzia. Presi nella morsa dell'incertezza molti faticano a individuare uno scopo e una meta

da raggiungere per cui valga la pena impegnarsi. Senza motivazioni, galleggiano stando in attesa di vedere cosa succederà. Si diventa adulti quando si è autonomi, quando si è in grado di “tirare avanti” da soli, di gestire la propria vita. Oggi però una moltitudine di giovani ha dovuto scegliere se andare all'estero o attendere di entrare nel mondo del lavoro molto tardi, spesso in condizioni contrattuali che escludono la prospettiva di poter tracciare una loro strada, di formare una famiglia, di godere di una pensione. Non avendo mezzi, occasioni né un progetto che li motivi a cambiarla si “sfilano” dalla realtà. Sembra che si siano stati preparati a trovare come vivere nel mondo così com'è e non a metterlo in discussione, a guardare la realtà da spettatori piuttosto che a viverla da attori. Guardano la società e la città in cui vivono con un certo distacco, “come da dietro un vetro”. “Disillusi attivi” scendono in piazza senza avere come le generazioni precedenti la prospettiva di battersi per una società migliore. Le loro manifestazioni hanno una modalità di “individualismo collettivo”. Si basano sull'affermare valori, su motivi etici; diritti personali, possibilità di poter declinare le proprie inclinazioni affettive, ambiente, inquinamento, sostenibilità dello sviluppo, la Terra come casa comune. Il loro orizzonte è l'Europa, se non addirittura il mondo. Viaggiano fanno esperienze di altre culture. Sono cresciuti e vivono in realtà e scuole multietniche. Per loro il diverso è normale. Non sono antirazzisti, per loro il razzismo non è più una questione, è roba del passato. Vivere in democrazia è una condizione acquisita e indiscutibile. Le nuove generazioni non sono più disponibili a rinunciare a tutto in nome del lavoro. Siamo selezionati per stare insieme e i giovani ci stanno insegnando a dare valore alle amicizie, al tempo libero, alla socialità, alla qualità della vita. Nel chiedere all'organizzazione del lavoro più tempo libero i giovani ci ricordano che avere del tempo a disposizione è uno dei presupposti della possibilità d'informarsi, di discutere, di pensare per essere cittadini consapevoli, di cercare la felicità. Rispetto alle generazioni adulte i giovani mostrano una straordinaria capacità di reagire a cambiamenti sempre più veloci, di adattarsi al continuamente nuovo e di utilizzare le nuove tecnologie a partire da quelle della socialità e della comunicazione. Tutto ciò apre a una prospettiva di speranza. Tutto ciò contrasta con alcune ricerche secondo cui molti giovani non votano perché non sanno per chi votare. Eppure ci sono esperienze di laboratori di progettazione sociale intitolati *La città che vorrei* che, condotte personalmente anche dallo scrivente, dimostrano che quando vengono chiamati a partecipare e a “dire la loro” i giovani forniscono soluzioni facilmente attuabili e potenzialmente trasformative del vivere la città. Gli adulti dovrebbero abituarsi a ascoltarli, a considerarli non oggetti da plasmare ma soggetti che inevitabilmente interagiscono ricorsivamente con la società che li ha plasmati donandole una nova forma. Al netto delle specificità culturali, non c'è una visione

dell'adolescenza che abbia carattere universalistico. In ogni epoca ogni generazione è un caso unico e irripetibile ed è largamente imprevedibile quanto le nuove generazioni contribuiranno a dare "forma" alla socialità e con ciò alla società e alle città in cui si svolge l'avventura del loro divenire adulti. Una cosa è certa, oggi giovani con il loro estraniarsi dal mondo degli adulti ci dicono che il benessere che ci siamo dati grazie alla scienza e alla tecnologia sembra rivolgersi contro di noi. Da sempre in ogni epoca i giovani sono stati vittime e profeti. Vittime, perché scontano ritardi e contraddizioni della società in cui nascono, e profeti, perché a loro parlano le divinità che annunciano il futuro. Ecco allora che leggere questo saggio avendo uno sguardo sistemico e dialogico secondo cui ogni cosa così come sono giorno e notte, cambiamento e stabilità, regole e libertà, ragione e affettività, è comprensibile solo in funzione del suo opposto che gli è e complementare fa capire quanto sia importante ascoltare i messaggi che, pur tra mille contraddizioni, i giovani apparentemente disillusi c'inviano.

---

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 18 ottobre 2024.

Accettato: 20 ottobre 2024.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:970

doi:10.4081/rp.2024.970

*This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.*





Andrea Tringali\*

## Esploratori dell'inconscio: un commento al libro *Salute mentale: quale clinica?*

di Marco Riva, Paolo Milanese, Roberta Resega  
NEP EDIZIONI, 2023

Che cos'è una psicoterapia? Scindendo al massimo le distinzioni offerte dai diversi orientamenti teorici e clinici, potrebbe essere definita come la cura dei problemi di natura psicologica basata sull'interazione tra terapeuta e paziente. Ne dovrebbe conseguire, dunque, che per parlare di psicoterapia è necessario che ci sia un paziente, una persona che soffre, che si rivolge a un terapeuta (uno specialista della cura) per essere guarito da questa sofferenza. La questione, apparentemente semplice, diviene più complessa se si tenta di dare una definizione della sofferenza.

L'OMS definisce la salute come "uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale, e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità".<sup>1</sup> Può quindi individuo "sano" soffrire? E può tale individuo decidere di rivolgersi a una terapeuta non per estirpare un sintomo doloroso o per ripristinare una funzione compromessa, ma per interrogare la ragione e il senso di questa sofferenza?

Spinti da questi e da altri quesiti, gli autori del libro *Salute mentale: quale clinica?* si pongono come esploratori di un territorio apparentemente familiare e trattato quotidianamente nel proprio lavoro, la salute mentale, vista da una prospettiva avulsa dalla domanda di cura.

La ricerca avviene all'interno di un gruppo di lavoro denominato *Clinicaignota* e composto da sei psicoanalisti di differenti orientamenti postfreudiani. L'altro elemento della coppia, che in una normale situazione

---

\*Istituto Freudiano per la Clinica, la Terapia e la Scienza, Italia.

E-mail: andrea.tringali88@gmail.com

<sup>1</sup> Preambolo alla costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità come adottato dalla Conferenza Internazionale della Sanità, New York, 19-22 giugno 1946; sottoscritto il 22 luglio 1946 dai rappresentanti di 61 stati (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) ed entrato in vigore il 7 aprile 1948.

clinica chiameremmo “paziente”, deve invece rispondere a due requisiti: non avere mai assunto psicofarmaci e non avere mai fatto esperienza di una psicoterapia. Un individuo che per la società e il pensiero comune si definirebbe dunque sano, non spinto da un bisogno di guarire o imparare a gestire un Sé disfunzionale.

Terapeuta e volontario si incontrano due volte, in modalità online e a circa due settimane di distanza; all’inizio e alla fine di ogni incontro vengono videoregistrati cinque secondi. Al termine di ciascun colloquio sia il terapeuta che il volontario scrivono un breve testo raccogliendo le proprie opinioni e impressioni, che verranno poi discusse collettivamente dal gruppo.

La prospettiva classica dell’incontro tra il paziente e il curante viene così decostruita alla radice: a incontrarsi sono due soggetti che portano una parola e un ascolto. Cosa li spinge? Non è dato saperlo in anticipo. Nessuno dei due soffre... o forse soffrono entrambi.

Il progetto assume una prospettiva controrivoluzionaria: nella contemporaneità degli algoritmi e dell’intelligenza artificiale, in cui assistiamo all’utopia di mappare digitalmente e replicare la coscienza umana, gli autori si pongono in direzione opposta, dall’universale all’uno. Sebbene si tratti di una ricerca sperimentale, non indossano i panni dello scienziato in camice da laboratorio, e neppure quelli dell’analista chiuso nel setting rassicurante del proprio studio; vestono invece quelli dell’esploratore che, come Magellano, punta la prua della nave verso un mondo inedito, ignoto appunto.

Per questo la ricerca nasce come un unicum, non propone metodologie e strumenti validati oggettivamente e non aspira a dare vita a un protocollo replicabile con altri soggetti.

I tre scambi proposti nel libro acquisiscono particolare interesse proprio a partire dall’incertezza, dall’impreparazione. Ampio spazio viene lasciato a fantasie e immaginazioni, che a volte vengono smentite nel qui e ora dell’incontro: una delle volontarie, ad esempio, dopo il primo contatto telefonico, si figura l’analista che incontrerà come una persona altezzosa, scoprendo poi invece una figura gentile e bendisposta all’ascolto; uno degli analisti invece, pensando alla professione svolta dalla volontaria, si immagina una persona di mezza età, sorprendendosi a incontrare una giovane studentessa universitaria. C’è spazio per tutta la gamma di eventi che solitamente accadono in un percorso terapeutico, compreso l’atto mancato di una seduta saltata perché segnata in modo errato sull’agenda da parte del volontario, a cui segue lo scambio di messaggi per fissare una nuova data.

Oltre all’assenza di una domanda di cura e all’arco di tempo estremamente circoscritto, quello che distingue il lavoro rendendolo molto diverso dalle tante esposizioni di casi clinici, è la possibilità di leggere le impressioni “a caldo” anche dei volontari, di prima mano e non filtrate. Siamo abituati a leggere e conoscere i pensieri, le riflessioni e le fantasie del terapeu-

ta; ma cosa pensa il paziente del suo analista, del suo stile comunicativo, del clima che si respira durante la seduta? Ecco emergere quindi l'entusiasmo, la curiosità, l'agio ma anche il disagio, la sensazione di una conversazione amichevole ma anche la confusione data da uno scenario che non ha una strada da seguire e uno scopo definito, che può aprirsi a qualunque direzione e, proprio per questo, lasciare smarriti.

Ritorna spesso, nel testo, il significante "smarrimento". Volontari e terapeuti sono smarriti come chi si trova in un luogo e non ha gli strumenti per orientarsi. Ma è poi necessario sapere e capire tutto? Nella conversazione finale, associando e fantasticando sulle immagini, gli autori si domandano se non stiano anche loro delirando. Chi è il paziente e chi è il suo analista dunque? Jacques Alain Miller, nel suo articolo sulla psicosi ordinaria, riprendendo l'ultimo insegnamento di Lacan, arriva a dire che tutto l'ordine simbolico è un delirio, che la vita non ha alcun senso e provare a trovarne uno è già di per sé delirante. Lo scopo non sarebbe dunque cercare la comprensione epistemologica, ma provare ad afferrare qualcosa della maniera singolare con cui ogni soggetto dà senso alla ripetizione della sua vita (Miller, 2009).

Anche il pensiero di Bion si respira a più riprese: un lavoro di questo genere non mira a fornire "una brillante, intelligente e ben informata illuminazione per chiarire i problemi oscuri", ma portare "un penetrante raggio di oscurità", di modo che la diminuzione della luce faccia scorgere qualcosa di altrimenti impercettibile.

L'elemento della videoregistrazione delle sedute, che viene trattato nell'ultima parte del libro, è altrettanto interessante. I fotogrammi registrati vengono poi fotografati con una Polaroid e ridigitalizzati. In questo passaggio digitale – analogico – nuovamente digitale, si perde la definizione delle immagini: i volti diventano sfocati, compaiono elementi disturbanti (perturbanti?) come granelli di polvere, gli oggetti e l'arredo dello sfondo appaiono come trasfigurati.

Queste fotografie delle tre coppie paziente-terapeuta vengono poi commentate dai membri del gruppo all'interno di una conversazione in videochiamata (anch'essa sottoposta ai limiti del setting, come una seduta finale di restituzione). Il testo della conversazione è riportato nel libro per intero, senza filtri; quasi una rottura della quarta parete, in cui il lettore è il settimo invitato, e anche le sue impressioni possono entrare in gioco sebbene se non siano scritte nel testo.

Nel proseguimento del clima di indagine, alcuni personaggi si scambiano di posto, si vedono posture rigide o flessibili, sguardi preoccupati e sorridenti. Sarà un sorriso falso o autentico? La prospettiva non è tanto quella di interpretare per cogliere uno spunto clinico rivelatore o per imprimere la direzione della cura, ma per lasciare la catena significativa in movimento.

Il libro lascia volutamente cadere forse la domanda principale, che alcu-

ni degli stessi autori si pongono: alla fine, a cosa è servito questo viaggio? Ci sarà un seguito?

Colombo, tornato dalle “Indie”, intraprese altre spedizioni; Cook, dopo aver circumnavigato il globo, tornò a solcare le acque del Pacifico, fino a perdere la vita lontanissimo dalla patria. Gli esploratori di Clinicaignota non puntavano a trovare una definizione o una descrizione operativa della salute mentale, ma l'impressione che si ha alla fine della lettura, è che abbiano ugualmente imparato qualcosa. Se non altro, quanto possa essere affascinante e angosciante al tempo stesso, per citare Fabrizio De André, “per la stessa ragione del viaggio, viaggiare.”

#### BIBLIOGRAFIA

- Bion, W. (1976). *Lecture brasiliane*. Firenze: Guaraldi.
- Miller, J.-A. (2009). Effetto di ritorno sulla psicosi ordinaria. In *La Psicoanalisi*, n°45, gennaio-giugno 2009, p. 233.
- World Health Organisation. (1946). *Official Records of the World Health Organization*, no. 2, p. 100.

---

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 13 November 2024.

Accettato: 16 November 2024.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

*Ricerca Psicoanalitica* 2024; XXXV:973

doi:10.4081/rp.2024.973

*This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.*

Pietro Roberto Goisis\*

## Una imperfetta solitudine. Commento al film *Perfect Days*

di Wim Wenders, 2023

*Just a perfect day, drink sangria in a park  
and then later, when it gets dark, we go home.  
Just a perfect day, feed animals in the zoo  
and then later a movie too and then home.*

*Una giornata semplicemente perfetta,  
bere sangria in un parco  
e poi dopo, quando fa buio, torniamo a casa.  
Una giornata semplicemente perfetta,  
dare da mangiare agli animali nello zoo  
e poi anche un film e poi a casa.*

Perfect Day, 1972, Lou Reed

È il 4 gennaio 2024. Esce nelle sale cinematografiche il nuovo film di Wim Wenders. Sarà candidato al Premio Oscar per il miglior film straniero. Nel 2023 l'attore protagonista ha vinto la Palma d'Oro a Cannes.

Se ne parla già come di un film bellissimo.

Il 26 gennaio 2024 sarebbe uscito il mio nuovo libro, *Noi Imperfetti. Quando pensiamo di non farcela.*

Sono piuttosto preoccupato. Temo di aver sbagliato argomento e titolo. Wenders mi rovinerà.

Con questo stato d'animo il 14 gennaio sono entrato in un cinema.

Ne sono uscito emozionato e felice.

Due giorni dopo ho pubblicato questo post sui miei social:

Gesti ripetuti e rituali sono necessariamente espressione di patologia?

La visione di *Perfect Days* offre un altro sguardo su questi comportamenti.

Nato da un progetto commissionato al regista proprio per filmare dei luoghi

ormai diventati testimonianza architettonica, la storia è nota. È quella di un uomo che pulisce le toilette pubbliche di un quartiere di Tokyo (la zona di Shibuya). Dorme sul semplice e monastico tatami, si lava svelto nel piccolo bagno di casa, indossa orgogliosamente la sua tuta blu con la scritta The Tokyo Toilet, prende dal distributore automatico una lattina di caffè per colazione, sale sul furgoncino carico di attrezzature, svolge il suo lavoro con cura e meticolosa dedizione, fa pausa pranzo in un piccolo parco, saluta un monaco e un homeless, guarda e fotografa le immagini in controluce di foglie e alberi, è rispettoso dei bisogni altrui, dà una mano a chi ne necessita, termina il suo turno, si lava accuratamente in un bagno pubblico, passa dallo stesso piccolo bar, beve e mangia (“Ecco a te dopo una faticosa giornata di lavoro,” è la frase, sempre la stessa, del barista), torna a casa, legge prima di addormentarsi (Aya Koda, Patricia Highsmith, William Faulkner), dorme. Ogni giorno le stesse cose, gli stessi gesti. Il fine settimana pulisce i suoi panni in una lavanderia a gettone.

È un film sulla normalità, sui bisogni fisiologici e umani, spesso nascosti e segreti.

Una normalità che diventa ripetizione ossessiva, che non è noia, ma stabilità e sicurezza nel controllo.

Sono gesti quotidiani che seguono e segnano il tempo, gli danno un senso.

Pieni di piccole cose, mille dettagli sui quali ci sarebbe da scrivere un libro.

Piccoli e precisi come le giovani piante che bagna e cura con delicatezza.

Non dei bonsai, ma piccole creature da far crescere in vaso e proteggere.

Non parla quasi mai, non spreca le parole, è costante.

Piccole eccezioni: dialogare con delle figure femminili, giocare a tris con uno sconosciuto attraverso un biglietto trovato e lasciato ogni giorno in una toilette.

Evita la tecnologia. Ascolta musica, ogni giorno diversa, su musicassette d'altri tempi, fotografa con una Olympus analogica del 1985 (chiamata “ovetto”, l'ho usata anch'io), non usa smartphone.

Il messaggio è chiaro. Come trovare bellezza e poesia nella vita in piccole cose e in gesti quotidiani. Nella creatività della semplicità.

Non è “perfetto” il protagonista, non lo sono i suoi “days”. Credo che il titolo contenga una quota di ironia, forse è solo la scusa per poter avere nella colonna sonora (bellissima, bellissima davvero) una struggente e omonima canzone di Lou Reed.

Forse dietro a tutto c'è un trauma o un dolore che appare indefinito (come tavole del Rorschach) in immagini oniriche filmate da Miriam, la moglie di Wenders. Komorebi, ovvero “la luce che filtra tra le foglie degli alberi”.

Poi qualcosa cambia, qualcosa riemerge dal passato.

Grazie alla nipote? Alla sorella? Alla cuoca del ristorante? All'uomo che sa di dover morire con il quale inizia a giocare con le ombre del presente.

Perché “adesso è adesso” ed è una buona cosa “feeling good”, sentirsi bene.

Proprio perciò rimanete fino alla fine, anche dopo i titoli di coda.

Ma soprattutto, andate a vederlo.

Sono passati un po' di mesi, di altri, tanti, film visti.

Il mio libro è uscito e, nonostante Wim Wenders, ha fatto e continua a fare la sua strada.

Ho rivisto *Perfect Days*. Letto nuove recensioni. Riflettuto.

Da tempo sostengo che un film è come una tavola del Rorschach.

Ognuno ci vede un po' quello che vuole, quello che lo rappresenta, il proprio mondo interno, ciò che vive in quel momento.

Ora mi è sembrato chiaro che questo film parli della solitudine, una perfetta solitudine appunto.

“Per stare bene con gli altri bisogna imparare a stare bene con sé stessi, e l'unico modo per farlo è ritagliarsi momenti in solitudine”.

Per anni ci hanno ammorbato con questo concetto. Temo di averlo enunciato anch'io, una sorta di dogma, di verità assoluta, nata in realtà come risposta ai tanti che mi raccontavano la loro fatica e difficoltà a sperimentare la solitudine. Voleva essere un sostegno e un incitamento.

Donald Winnicott ha parlato di “capacità di stare soli”, che affonda le sue radici nella qualità della relazione madre-bambino, è un segno di maturità nello sviluppo affettivo e si sperimenta precocemente e paradossalmente in presenza di un altro. È uno stare soli in compagnia, la capacità di immaginarsi separati.

Allora, cosa permette a Hirayama, il protagonista del film, di poter stare in solitudine? come la accetta? cosa la permette?

Mi permetto di dire che la risposta è piuttosto facile: le relazioni. Che vengono coltivate in molteplici varianti: con il rispetto e la cura, in primo luogo.

A partire dal proprio lavoro, umile certo, ma svolto con precisione, rispetto e sensibilità. Con l'accudimento delle piantine raccolte nei parchi. Con l'ammirazione per la natura. Con la manutenzione meticolosa del proprio corpo. Con il valore antico e prezioso che attribuisce agli oggetti che possiede. Con la gioia, l'apprezzamento e il godimento per la musica che ama. Con l'attenzione e la curiosità per le persone che incontra. Per il barista e i clienti del bar. Per il bambino dimenticato dalla mamma. Per il misterioso e ignoto giocatore di tris. Per il collega, anche se un po' lazzarone. Per il monaco e l'homeless nel parco. Per la ragazza con cui condivide la cassetta musicale. Per la nipote che accudisce come una figlia. Anche per la sorella che rivede senza apparente rancore. Per la proprietaria del ristorante (chi non avrebbe immaginato un romantico happy end?), ma ancor di più per l'ex marito della stessa con la quale dialoga su vita e morte, propria e altrui. Con rispetto. Alla ricerca, lo dice la canzone finale, del sentirsi bene (*feeling good*).

Il benessere non è la solitudine (anche la più perfetta), ma la ricerca di qualcuno e/o qualcosa. Perché, lo confermano l'esperienza, le ricerche sociologiche, quelle psicologiche sui bambini e perfino le neuroscienze, gli esseri umani sono programmati per entrare in relazione con gli altri. Da tempo sappiamo che avere buone relazioni interpersonali è utile e necessario.

Per almeno tre ragioni. La prima è che i rapporti sociali ci fanno veramente bene e ci mantengono felici. E che la solitudine può ucciderci. Basta pensare alla situazione dei bimbi appena nati. Condizione che, come è noto,

si mantiene la nostra vita come un riferimento continuo per tutta l'esistenza. La seconda è che non importa quanti amici abbiamo, o quanti ci chiamino, o si vedano regolarmente, ma è la qualità delle relazioni che conta. Sentirsi soddisfatti delle nostre esperienze ci immunizza anche dai dolori e dalle malattie. La terza che le relazioni non proteggono solo il nostro corpo, ma anche il nostro cervello e i nostri ricordi più belli. Se siamo soli perdiamo questa barriera difensiva.

Una imperfetta solitudine, appunto.

Lo ripeto anche ora: se non l'avete fatto andate a vedere il film. O a rivederlo.

---

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 26 novembre 2024.

Accettato: 27 novembre 2024.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:978

doi:10.4081/rp.2024.978

*This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.*



## Urgenza psicologica. Storia e funzionamento di un servizio di psicologia “militante” nella e per la città

Anna Barracco,\* Giuseppe Cersosimo\*\*

Luogo di snodo e di possibile riannodamento, recupero, rianimazione, orientamento di una domanda di ascolto troppo spesso mortificata o misconosciuta, servizio di libero accesso, senza intermediazioni, gratuito ma altamente professionale per co-costruire insieme un nuovo sistema, efficace ed efficiente, che condivida come fine ultimo il benessere dell'essere umano ferito.

Il servizio di Urgenza Psicologica è una delle molteplici risposte nate dalla cooperativa CREA, la quale si occupa da circa trent'anni di riabilitazione e inclusione sociale, nel campo del disagio psicologico e psichiatrico grave, con una logica di mantenimento di un dialogo fra servizi riabilitativi, città e società civile.

L'esperienza degli operatori della cooperativa nella gestione delle comunità terapeutiche ha portato a galla la solitudine e il vuoto di risposte che si sperimenta soprattutto nell'ambito psichiatrico la notte e nel fine settimana, quando le figure di riferimento (psicologo e psichiatra) non sono immediatamente disponibili neanche al personale in servizio.

L'idea è stata dunque di occupare questo vuoto, con un'offerta professionale, capace di rispondere velocemente, cercando di evitare il ricorso al Pronto Soccorso con il rischio di un eventuale ricovero. Chi chiama, fra le 9.00 e le 21.00 del sabato e della domenica (anche in agosto o a Natale), può farlo senza alcuna intermediazione: non occorrono impegnative, né schede filtro, trovando uno staff di psicologi che può ascoltare, invitare ad un colloquio in sede “one shot” ovvero recarsi a casa della persona, in caso di

---

\*Membro dell'osservatorio OPL su psicologia e diritti umani, sezione fragilità psichiche; Specialista in psicologia sociale; Supervisore équipe Centro Clinico e Urgenza Psicologica di CREA SCS insieme a Pietro Barbetta e Giuseppe Cersosimo, Italia.  
E-mail: [info@urgenzapsicologica.it](mailto:info@urgenzapsicologica.it)

\*\*Direttore Scientifico di TheSIS Group srl, Milano; Direttore Scientifico di CREA Società Cooperativa Sociale, Milano, Italia. E-mail: [giuseppe.cersosimo@thesisgroup.it](mailto:giuseppe.cersosimo@thesisgroup.it)

richiesta, per la gestione della crisi, per l'accompagnamento e il supporto della persona e dei familiari o del vicinato.

## Le origini

Negli anni '90, CREA, cooperativa fondata da giovani laureati in psicologia, si occupava di accogliere i pazienti dimessi dall'ospedale psichiatrico Paolo Pini, in ossequio a quel lungo ed eroico processo di attuazione della legge 180 e della 833, entrambe del 1978. La Cooperativa in particolare era impegnata nell'apertura di alcune piccole comunità residenziali, che costituivano realtà innovative ed efficaci, per quel tipo di pazienti, che si trovavano a interagire in contesti ricchi di professionalità diverse e di offerte relazionali. A differenza dell'ospedale psichiatrico – dove il tempo si era fermato e non esisteva alcun contatto con il mondo esterno e con la possibilità di pensare a una vita di relazione – nelle comunità terapeutiche le persone riprendevano la loro dignità e man mano venivano indirizzate ad attività esterne. Soprattutto, tornavano a vivere in città, in mezzo alle altre persone, in abitazioni civili comuni. Gli operatori della cooperativa, in forte connessione con il territorio, avevano con il tempo aperto laboratori di recupero e potenziamento delle capacità lavorative (“Le Fate Artigiane” fu un esperimento di restauro e attività manuali di ricamo) anche in collaborazione con le allora nascenti cooperative di inserimento al lavoro.

Fu un periodo di grande fioritura: la società del welfare a cavallo degli anni 90 e a dei primi del 2000 era ancora vivace, in grado di rispondere alle esigenze di risocializzazione e di accoglimento di cittadini portatori di vulnerabilità. Da una parte vi erano risorse e dall'altra vi era anche una mentalità, una cultura diffusa, ancora favorevole e in grado di sostenere lo slancio ideale di queste operazioni. Anche i pazienti in uscita dall'Ospedale beneficiavano facilmente di interventi, seppur apparentemente modesti, come abiti civili, la possibilità di frequentare luoghi aperti in città, di impegnarsi in attività di risocializzazione o semplicemente di tirocinio: aveva effetti straordinari sulla loro qualità della vita.

Col tempo però, la lunghissima crisi degli anni 2008-2013 prima, del COVID poi e la conseguente crisi economica e sociale, la perdita di valori – come la partecipazione nei quartieri – ha reso sempre più difficile per le persone vulnerabili e per tutti i cittadini l'accesso alle risorse (casa, lavoro, tirocini, attività di socializzazione, relazioni in genere) impoverendo i contesti familiari di provenienza e di fatto trasformando l'approccio psichiatrico, di conseguenza, rischiando di trasformare le comunità terapeutiche in luoghi di cronicità, piuttosto chiusi all'evoluzione delle vite e delle biografie.

La società si è irrigidita, si è richiusa, spaventata, dietro un progressivo svuotamento delle istanze ideologiche degli anni '70. Il malessere, il disagio psichico, è andato spostandosi nell'immaginario collettivo sempre di più in un'idea medica di "cervello rotto", qualcosa di delegabile in toto ad una sanità, ad una psichiatria, che peraltro ha colluso nel suo insieme con questa sorta di "riflusso" organicista (complice una narrazione aggressiva e molto ficcante operata dalle case farmaceutiche), salvo poi vedersi comunque travolta da un'impotenza massiccia a far fronte all'ondata imponente di disagio e solitudine che ha pervaso l'intera società e tutte le istituzioni, dalla scuola, al carcere, agli anziani, alle nuove marginalità legate all'immigrazione. Anche la comunità professionale degli psicologi si è gradualmente disinteressata della malattia mentale, lasciando il campo alle terapie farmacologiche ed ai ricoveri in reparto psichiatrico (SPDC), quando il disagio delle persone era talmente grave da rimandare all'intervento medico la gestione della crisi. In fondo, come afferma D'Elia (2023), anche la legge 56/89, istitutiva della professione dello psicologo, fa pensare ad un impianto concepito quasi soltanto per il lavoro negli studi professionali privati. Una vera e propria epidemia di nuove cronicità (come le chiama Witaker), ha invaso la nostra società e la nostra città.

## L'Urgenza Psicologica

È all'interno di questo scenario che nasce l'idea di un servizio di Urgenza Psicologica, ove la sottolineatura "psicologica" voleva essere un modo per smarcarsi dalla medicalizzazione del disagio, un percorso, una scommessa, che voleva aprirsi alla città, a partire da questa lunga esperienza maturata con la vulnerabilità psichica grave, anche se non sovrapposto ad alcun altro servizio e che si configurasse come un centralino rivolto a tutti i cittadini che ritenessero di vivere un momento di difficoltà e sentissero l'urgenza di confrontarsi immediatamente con qualcuno in grado di accoglierli. Un telefono, dunque – ma non un "telefono amico" – più che altro un luogo aperto alla città, nei due giorni di vuoto per eccellenza – il fine settimana – fantasmaticizzato e vissuto come il luogo degli affetti, del divertimento, della vita, laddove chi è solo, anziano, ammalato, o semplicemente disoccupato, immigrato, può vivere un senso di profonda esclusione.

Il servizio di Urgenza Psicologica dunque salda, mette insieme, associa, annoda, proprio nella logica di una "militanza" psico-sociale, le persone che abitavano questi appartamenti più o meno protetti, con cittadini restituiti alla vita "normale" alla normale solitudine, alla normale noia, al normale vuoto, insieme alle nuove patologie, alle nuove sofferenze.

Rivolto a tutti, nella consapevolezza di voler restituire al disagio, grave o lieve, la sua componente di cittadinanza.

## Il funzionamento del servizio e la sua logica “esternalizzata”

L’esperienza dei primi anni di funzionamento (2013-2017) ha visto uno straordinario successo, registrando il 99% di rientro delle crisi, senza accessi al pronto soccorso, anche grazie alla collaborazione di Croce Rossa Italiana, alla straordinaria disponibilità dei suoi volontari a far parte degli equipaggi per le visite domiciliari (oppure in sede) insieme con gli psicologi, anche non psicoterapeuti. Han presto portato alla nascita di una robusta domanda da parte dell’utenza, che andasse al di là di quanto ricevuto, ovvero gli operatori sono stati confrontati con il prodursi di una vera e propria domanda di cura.

Allo sportello telefonico dell’Urgenza Psicologica, si è andato dunque affiancando il Centro Clinico per la Cura e la Ricerca Psicologica, che è un ambulatorio di accoglienza dove, anche dopo la crisi, la persona può rivolgersi per continuare a farsi seguire, per riprendere in mano la sua vita, a prezzi calmierati, secondo il principio della psicoterapia sostenibile.

Urgenza Psicologica e Centro Clinico sono annodati ma anche distinti. Durante la gestione delle urgenze, le persone vengono aiutate anche a valorizzare le loro reti (sia primarie, cioè familiari e sociali, sia secondarie, ovvero i servizi sanitari o le psicoterapie già in essere) al di là dell’episodio acuto. Il tasso di passaggio dall’intervento in Urgenza alla presa in cura al Centro Clinico è di 8 persone su 100, laddove la maggior parte degli invii al Centro Clinico di Psicoterapia Sostenibile viene dai CPS, dalle associazioni o cooperative con cui collaboriamo, dal passaparola fra utenti, dal sito internet.

Il senso di questi servizi è dare risposte sufficientemente flessibili, sostenibili (sia per la Cooperativa sia per le persone), non burocratizzati e allo stesso tempo continuative e professionali, in grado di sostenere percorsi anche lunghi e complessi, integrati con il territorio e la comunità di appartenenza.

Accanto a questo, e sempre nella galassia della cooperativa, anche fisica, galassia di luoghi, di offerte, è nata l’idea del Centro Diurno e del Cohousing, dove le persone sperimentano una continuità, una presenza, una realtà aggregativa, e anche a volte un aiuto pratico.

La creazione di un luogo di accoglienza come il servizio di Urgenza Psicologica, che continua da 11 anni, nonostante le difficoltà, oltre ad essere una possibile risposta, è il tentativo di attivare un’offerta che vada nella direzione di una “presa in carico globale” del disagio, attraverso un modello che sia un modello territoriale, umanizzato, a matrice psicologico-dialogico-sistemica ed esistenziale.

Con l’introduzione del servizio di urgenza, che è un reticolato, un connettore, il modello di presa in cura “territoriale”, il modello della riabilitazione intesa come rianimazione della soggettività, quindi anche un forte

intervento sull'Altro sociale, va verso il superamento della logica della piccola comunità, e si equipaggia e si struttura per accompagnare i soggetti (ma anche tutti i cittadini, tutti i vicini di casa e gli attori sociali che inevitabilmente si trovano ad accompagnare questi processi) verso una restituzione alla vita attiva, pur nei limiti che a volte la patologia o la lunga psichiatria, impone.

## Il modello CREA

La cooperativa ha sviluppato negli anni un modello che tiene forte il timone, la direzione, sull'annodamento fra "dentro" (istituzioni, comunità, luoghi di cura) e "fuori" (luoghi di aggregazione offerti alla città, luoghi di socializzazione che non siano ghetti, servizi ambulatoriali che mettano in circolazione varie tipologie di utenza e varie domande, tutto con l'obiettivo di non creare isolamento), per mantenere una sintonizzazione complessa.

Questa popolazione, oggi come oggi, invecchia nelle comunità, e si trova a sperimentare situazioni di cronicità e di lungodegenza, esattamente come parte della popolazione generale, magari in anticipo di un decennio. Ma se si esce dalla logica delle "segregazioni" per diagnosi, è possibile far diventare anche i luoghi dell'accoglienza psichiatrica, dei punti di partenza per far rinascere un tipo di offerta, un tipo di ascolto e di presa in cura, che oggi di fatto mancano nel panorama della sanità lombarda.

La risposta dell'Urgenza Psicologica, come servizio di libero accesso, senza intermediazioni, gratuito ma altamente professionale, si pone come luogo di snodo e di possibile riannodamento, recupero, rianimazione, orientamento di una domanda di ascolto troppo spesso mortificata o misconosciuta, nella difficoltà e fatica del servizio pubblico.

## Il personale del Servizio di Urgenza Psicologica, la formazione, le criticità

Inizialmente l'idea era di offrire parte del nostro tempo, come psicologi con un certo numero di anni di esperienza, nella progettazione e nella realizzazione di questo servizio. Ogni psicologo sociale offre parte del suo tempo, spontaneamente a sostenere e a promuovere un'idea di presenza nel sociale. Nel tempo, ci siamo resi conto che era indispensabile, per garantire stabilità e continuità al Servizio, l'intervento di un coordinatore e di un supervisore stabili e retribuiti dai proventi dall'equipe del Centro Clinico.

I tirocinanti post lauream o anche in psicoterapia entrano a far parte dello staff dell'Urgenza Psicologica, seguendo un percorso di formazione che li vede impegnati nei primi due anni sia come turnisti nel week end, sia

come psicologi in affiancamento nelle Comunità Terapeutiche, immettendoli da subito all'interno di questi contenitori complessi e flessibili, che li formino ad un'idea fortemente orientata al sociale. In seguito, viene offerta (dal terzo anno di specialità in poi) la possibilità di seguire cure sotto supervisione presso il Centro Clinico (questo contribuisce in parte a mantenere sostenibili i prezzi di alcune prese in cura di persone realmente in difficoltà economica) e dopo la fine del tirocinio essi possono decidere di rimanere come staff di terapeuti e a quel punto le cure vengono loro retribuite. In genere non tutti, fisiologicamente, restano dopo il tirocinio (sia lo staff sia gli interessati fanno le loro valutazioni) e in ogni caso ogni terapeuta del Centro Clinico offre il suo tempo per non più di 8 cure a settimana, avendo tuttavia l'obbligo di partecipare alla supervisione e agli incontri di coordinamento.

## Conclusioni

Ci sono differenze e affinità tra l'Urgenza Psicologica e l'Open Dialogue finlandese di Jaakko Seikkula (vd. anche Bessone & Tarantino, 2015), ma la fondamentale premessa è che Urgenza Psicologica non è un modello, e soprattutto non è un servizio specifico per l'intervento in esordio psicotico, perché nasce con l'intento di occuparsi di qualsiasi tipo di crisi psicologica.

Sempre per la necessità di porre l'accento sulla prevenzione, Urgenza Psicologica ha l'obiettivo di ridurre i ricoveri dei soggetti in stato di sofferenza quindi lavora, nel suo piccolo, per ridurre il tasso di ospedalizzazione.

Non esiste, in tutta Italia, un servizio di intervento d'Urgenza Psicologica, con unità di crisi pronte ad intervenire entro un certo lasso di tempo, che possano seguire la persona senza strapparla dal suo contesto e anzi coinvolgere il contesto stesso, fino alla remissione dell'intero sistema.

Il servizio di Urgenza Psicologica non arriva dall'estero, non ha necessità di essere riadattato e ricalibrato per le esigenze del territorio: è nato qui, nel cuore di Milano, e conosce perfettamente la fatica del conversare con i Servizi, di coprire tutto il territorio con il proprio intervento, di relazionarsi con lo sfondo culturale in cui le crisi si esacerbano, di far fronte agli scetticismi di chi non può pensare alla cura senza l'intervento della figura medica. Non solo, ma essendo Urgenza Psicologica un servizio applicato in ogni tipo di situazione d'urgenza fin dal principio, le competenze e le informazioni di cui è in possesso sono senz'altro preziose, e non esclusivamente attuabili nel campo degli esordi schizofrenici, ma anche in quelli depressivi, ansiosi, autolesivi, e via dicendo.

La differenza più evidente, quindi più influente, resta il fatto che l'eterogeneità dell'équipe non contempra, per il momento, membri appartenenti a diversi domini del campo della salute mentale. In OD, la collaborazione tra psichiatri e psicologi è quasi scontata, sia perché lavorano fianco a fianco nel servizio pubblico, sia perché, forse, entrambe le figure professionali sono consapevoli che il fine ultimo è sempre e comunque fare tutto il possibile per non ricoverare la persona; pensiero che ancora non è così forte e sentito in Italia.

Probabilmente, per alcuni (e non solo quelli del settore) i tempi non sono ancora maturi per pensare ad un diverso modo di vivere la follia e i suoi trattamenti.

La cura dell'équipe dell'Urgenza Psicologica passa soprattutto attraverso la sensibilizzazione dei giovani (soprattutto ai giovani psicologi) a questo modello psico-sociale, molto diverso da ciò che incontrano tendenzialmente all'università e nelle scuole di specializzazione, e che è possibile grazie ad un lavoro capillare di dialogo con i colleghi, i tutor anche delle scuole di psicoterapia, l'attenzione alla supervisione dialogica e la cura dei rapporti con il territorio.

Qualche crepa, ormai, comincia a comparire, il muro del vecchio paradigma psichiatrico potrà cedere e la via sarà libera, sia per quelli che sono chiusi dentro, sia per quelli che vogliono entrare e portare una ventata di nuovo; questi ultimi, però, dovranno sempre cercare l'alleanza e mai la prevaricazione, per co-costruire insieme un nuovo sistema, efficace ed efficiente, che condivida come fine ultimo il benessere dell'essere umano ferito.

## Ringraziamenti

Ringrazio Luigi D'Elia per il costante impegno nel far conoscere il ruolo ed il mandato sociale della nostra professione.

Ringrazio anche Fabio Vanni, Carlotta Longhi, Matteo Lima e pure Davide Comazzi, Anna Barracco e Annalisa Mazzoleni con i quali abbiamo fondato nel 2023 la Rete di Psicoterapia Sociale.

## BIBLIOGRAFIA

- Bessone M, Tarantino C, (2015, 03 Giugno). *Forme di democrazia in psichiatria: l'Open Dialogue finlandese*. Disponibile presso: <http://www.stateofmind.it/2015/06/psichiatria-open-dialogue/>
- D'Elia L, (2024). *Per una psicoterapia d'ispirazione sociale*, Ricerca Psicoanalitica, Vol. XXXV, 1:785.
- Seikkula J, (2014). *Il dialogo aperto. L'approccio finlandese alle gravi crisi psichiatriche*. Fioriti, Roma.
- Witaker R, Tibaldi G [a cura di] (2013). *Indagine su un'epidemia. Lo straordinario aumento delle invalidità psichiatriche*. Giovanni Fioriti editore, Roma.

---

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 27 novembre 2024.

Accettato: 28 novembre 2024.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:975

doi:10.4081/rp.2024.975

*This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.*









## EDITORIAL

- Editorial 615  
▪ Fabio Vanni

## FOCUS 1: PSYCHOLOGICAL CONSULTATION

- Psychological consultation as a transformative first clinical experience 619  
▪ Fabio Vanni, Silvia Bertoli

- Commento 671  
▪ Linda Alfieri, Mariacarmela Abbruzzese, Enrico Vincenti

- Commento 689  
▪ Anna Rita Viarengo

- Commento 701  
▪ Simona Montali

- Psychological consultation as a transformative first clinical experience. Authors' response* 713  
▪ Fabio Vanni, Silvia Bertoli

## FOCUS 2: MENTAL HEALTH

- At the intersection between the intimacy of individual stories and the public places we inhabit. A dialogue with Benedetto Saraceno Parma, 13 May 2024 725  
▪ Fabio Vanni, Maro Mozzani

## RESEARCH

- The axiomatic of Sandor Ferenczi's thinking. A study of Sandor Ferenczi's theoretical-clinical model 765  
▪ Andrea Giovannoni, Angela Belluomini, Maurizio Buoncrisiani, Roberto Cutajar, Elena Zappelli, Cristiano Rocchi

## DIALOGUES ABOUT CARE

- Il caso di Thomas (2 anni e 7 mesi) e della sua famiglia 815  
▪ Simona Montali

- Commento 825  
▪ Serena Galliera, Ottavia Zerbi

- Commento 829  
▪ Alessandro Cavelzani

- Commento 833  
▪ Silvia Dioni

- Il caso di Thomas (2 anni e 7 mesi) e della sua famiglia: replica ai commenti* 839  
▪ Simona Montali

## LECTURES

- Forme della presenza sociale giovanile. Dialoghi tra uno psicologo, un sociologo e un architetto DI FABIO VANNI, ALESSANDRO BOSI, DARIO COSTI 843  
▪ Fulvio Forino

- Esploratori dell'inconscio: un commento al libro *Salute mentale: quale clinica?* 849  
DI MARCO RIVA, PAOLO MILANESI, ROBERTA RESEGA  
▪ Andrea Tringali

## GLANCES

- Una imperfetta solitudine. Commento al film *Perfect Days* DI WIM WENDERS 853  
▪ Pietro Roberto Goisis

## TRANSFORMATIONS

- Urgenza psicologica. Storia e funzionamento di un servizio di psicologia "militante" nella e per la città 857  
▪ Anna Barracco, Giuseppe Cersosimo

## EDITORIALE

- Editoriale 617  
▪ Fabio Vanni

## FOCUS 1: LA CONSULTAZIONE PSICOLOGICA

- La consultazione psicologica come prima esperienza clinica trasformativa 645  
▪ Fabio Vanni, Silvia Bertoli

- Commento 681  
▪ Linda Alfieri, Mariacarmela Abbruzzese, Enrico Vincenti

- Commento 695  
▪ Anna Rita Viarengo

- Commento 707  
▪ Simona Montali

- La consultazione psicologica come prima esperienza clinica trasformativa. Replica degli autori* 719  
▪ Fabio Vanni, Silvia Bertoli

## FOCUS 2: LA SALUTE MENTALE

- All'incrocio tra l'intimo delle storie di ciascuno e i luoghi pubblici che abitiamo. Un dialogo con Benedetto Saraceno Parma, 13 maggio 2024 745  
▪ Fabio Vanni, Maro Mozzani

## RICERCA

- L'assiomatica del pensiero di Sandor Ferenczi. Uno studio sul modello teorico-clinico di Sandor Ferenczi 789  
▪ Andrea Giovannoni, Angela Belluomini, Maurizio Buoncrisiani, Roberto Cutajar, Elena Zappelli, Cristiano Rocchi

## DIALOGHI SULLE RELAZIONI DI CURA

- Il caso di Thomas (2 anni e 7 mesi) e della sua famiglia 815  
▪ Simona Montali

- Commento 825  
▪ Serena Galliera, Ottavia Zerbi

- Commento 829  
▪ Alessandro Cavelzani

- Commento 833  
▪ Silvia Dioni

- Il caso di Thomas (2 anni e 7 mesi) e della sua famiglia: replica ai commenti* 839  
▪ Simona Montali

## LETTURE

- Forme della presenza sociale giovanile. Dialoghi tra uno psicologo, un sociologo e un architetto DI FABIO VANNI, ALESSANDRO BOSI, DARIO COSTI 843  
▪ Fulvio Forino

- Esploratori dell'inconscio: un commento al libro *Salute mentale: quale clinica?* 849  
DI MARCO RIVA, PAOLO MILANESI, ROBERTA RESEGA  
▪ Andrea Tringali

## SGUARDI

- Una imperfetta solitudine. Commento al film *Perfect Days* DI WIM WENDERS 853  
▪ Pietro Roberto Goisis

## TRASFORMAZIONI

- Urgenza psicologica. Storia e funzionamento di un servizio di psicologia "militante" nella e per la città 857  
▪ Anna Barracco, Giuseppe Cersosimo