

# RICERCA PSICOANALITICA

Rivista della Relazione in Psicoanalisi

*Journal of the Relationship in Psychoanalysis*

Non-commercial use only

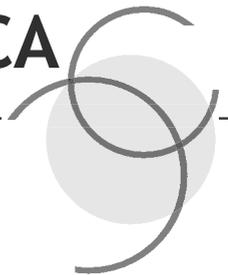




# RICERCA PSICOANALITICA

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 Montiroso (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***

Paola Granata, *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 – Fax. +39.0382.1727454

info@pagepress.org – www.pagepress.org

### **Abbonamento stampa cartacea per il 2021 (3 numeri) | *Subscription printed edition for 2021 (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 2021 | *Printed in December 2021*

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 ©2021 PAGEPress Srl, Pavia

## TABLE OF CONTENTS

EDITORIAL		WRITINGS	
<b>Editorial</b>	543	<b>The intrapsychic conflict and the historical evolution of its psychotherapeutic approach in psychoanalysis</b>	631
▪ <i>Fabio Vanni</i>		▪ <i>Fulvio Frati</i>	
<b>Focus: Open Dialogue: an innovative theoretical, clinical and operational perspective</b>		<b>DIALOGUES ABOUT CARE</b>	
<b>ARTICLES</b>		<b>Setting ad assetto variabile. La chat dei sogni in psicoterapia: il caso di Adriana</b>	703
<b>Open Dialogue - a new psychotherapeutic and human rights approach to build up humanistic psychiatric services</b>	547	▪ <i>Carmine Parrella</i>	
▪ <i>Jaakko Seikkula</i>		<b>Commento al caso clinico: Setting ad assetto variabile. La chat dei sogni in psicoterapia: il caso di Adriana</b>	713
<b>COMMENTARIES</b>		▪ <i>Roberta Giampietri</i>	
<b>A few considerations about: Open Dialogue - a new psychotherapeutic approach oriented towards human rights so as to devise humanistic psychiatric services</b>	583	<b>Commento al caso clinico: Setting ad assetto variabile. La chat dei sogni in psicoterapia: il caso di Adriana</b>	719
▪ <i>Giuseppe Riefolo</i>		▪ <i>Susanna Porcedda</i>	
<b>Contribution to the discussion about Open Dialogue</b>	595	<b>Commento al caso clinico: Setting ad assetto variabile. La chat dei sogni in psicoterapia: il caso di Adriana</b>	723
▪ <i>Carmine Parrella</i>		▪ <i>Gianfranco Bruschi</i>	
<b>From dialogue to accepting one's condition</b>	603	<b>Replica ai commenti sul caso clinico: Setting ad assetto variabile. La chat dei sogni in psicoterapia: il caso di Adriana</b>	727
▪ <i>Enrico Vincenti</i>		▪ <i>Carmine Parrella</i>	
<b>More family work and more work within the system is needed to develop the clinical practice. Comments to Parrella, Riefolo and Vincenti</b>	623	<b>LECTURES</b>	
▪ <i>Jaakko Seikkula</i>		<b>Il processo della supervisione psicoanalitica. Apprendere la psicoanalisi o sperimentarla?</b>	731
		MARIA LUISA TRICOLI	
		▪ <i>Maria Zirilli</i>	
		<b>GLANCES</b>	
		<b>Commento al film 'Perfetti sconosciuti'</b>	735
		PAOLO GENOVESE	
		▪ <i>Ilaria Giannoni</i>	

## INDICE

EDITORIALE		SCRITTI	
<b>Editoriale</b>	545	<b>Il conflitto intrapsichico e l'evoluzione storica del suo approccio psicoterapeutico in psicoanalisi</b>	667
▪ <i>Fabio Vanni</i>		▪ <i>Fulvio Frati</i>	
<b>Focus: <i>Open Dialogue</i>: una prospettiva teorico clinica ed operativa innovativa</b>		<b>DIALOGHI SULLE RELAZIONI DI CURA</b>	
<b>ARTICOLI</b>		<b>Setting ad assetto variabile. La chat dei sogni in psicoterapia: il caso di Adriana</b>	703
<b>Dialogo Aperto - un nuovo approccio psicoterapeutico e orientato ai diritti umani per costruire servizi psichiatrici umanistici</b>	565	▪ <i>Carmine Parrella</i>	
▪ <i>Jaakko Seikkula</i>		<b>Commento al caso clinico: <i>Setting ad assetto variabile. La chat dei sogni in psicoterapia: il caso di Adriana</i></b>	713
<b>COMMENTI</b>		▪ <i>Roberta Giampietri</i>	
<b>Alcune considerazioni a: <i>Dialogo Aperto - un nuovo approccio psicoterapeutico e orientato ai diritti umani per costruire servizi psichiatrici umanistici</i></b>	589	<b>Commento al caso clinico: <i>Setting ad assetto variabile. La chat dei sogni in psicoterapia: il caso di Adriana</i></b>	719
▪ <i>Giuseppe Riefolo</i>		▪ <i>Susanna Porcedda</i>	
<b>Contributo alla discussione sull'articolo <i>Open Dialogue</i></b>	599	<b>Commento al caso clinico: <i>Setting ad assetto variabile. La chat dei sogni in psicoterapia: il caso di Adriana</i></b>	723
▪ <i>Carmine Parrella</i>		▪ <i>Gianfranco Bruschi</i>	
<b>Dal dialogo all'assunzione della propria condizione</b>	613	<b>Replica ai commenti sul caso clinico: <i>Setting ad assetto variabile. La chat dei sogni in psicoterapia: il caso di Adriana</i></b>	727
▪ <i>Enrico Vincenti</i>		▪ <i>Carmine Parrella</i>	
<b>Per sviluppare la pratica clinica è necessario più lavoro familiare e più lavoro all'interno del sistema. Commento a Parrella, Riefolo e Vincenti</b>	627	<b>LETTURE</b>	
▪ <i>Jaakko Seikkula</i>		<b>Il processo della supervisione psicoanalitica. Apprendere la psicoanalisi o sperimentarla?</b>	731
		MARIA LUISA TRICOLI	
		▪ <i>Maria Zirilli</i>	
		<b>SGUARDI</b>	
		<b>Commento al film 'Perfetti sconosciuti'</b>	735
		PAOLO GENOVESE	
		▪ <i>Ilaria Giannoni</i>	

## Editorial

*Fabio Vanni\**

I met Jaakko Seikkula during a training weekend a few years ago. On that occasion I was involved in the simulation of an *Open Dialogue* meeting where I played, needless to say, a difficult teenager from a problematic family.

Seikkula was our therapist, and this was a particularly intense moment of that weekend, which also included frontal training and round tables in which Jaakko was always an active protagonist.

I was struck by his gentle and attentive style, which did not prevent him from defending his approach against the critical remarks of some discussants, but instead fostered a serenely constructive, non-muscular atmosphere in the audience, who, I believe, left the hall with an overall perception of having viewed things from a new and promising perspective.

I then had the opportunity to participate in other training sessions as part of a course organised by the Emilia Romagna Region, during which I met other Finnish colleagues whose listening skills and curious interest in others I once again appreciated.

I discovered a world that others before me were obviously already familiar with, and which I found very interesting for several reasons. Not least the ability to work in a psychologically oriented way with serious patients and situations, with high relational complexity, sometimes with intense expressiveness, also manifested aggressively.

The language used by Jaakko and his colleagues to recount human experiences, even the most complex ones, was unlike the forms I most often observed within the ‘real psychiatry’ I frequented, and the practices they proposed were very different.

But here, in the experience of the Finnish colleagues, which originated in a remote village near the Arctic Circle, and which has now spread across all continents, there was also the capability to show that the approach they proposed worked. Dozens, now hundreds, of studies have shown its effectiveness, cost-effectiveness and applicability in very different organisational and cultural

---

\*Psicologo, psicoterapeuta, Dirigente AUSL Parma, Direttore RP, Direttore Scientifico ‘Progetto Sum’, Italia. E-mail: [fabiovanni@progettosum.org](mailto:fabiovanni@progettosum.org)

contexts (from the USA to Japan, from Australia to Latin America, as well as Europe).

It was on that occasion, during that weekend in Parma, that my Open Dialogue with Jaakko began, followed shortly afterwards by the proposal to write a text for *Ricerca Psicoanalitica* that would tell us what *Open Dialogue* means today, more than thirty years after its inception. It is therefore with satisfaction that I welcome the publication of the current issue, which is an attempt to recreate a dialogue on Jaakko's paper with the help of three colleagues, Carmine Parrella, a psychotherapist and SIPRe member who works in the Mental Health Service in Lucca; Giuseppe Riefolo who attended and directed one in Rome for a long time and who, as an SPI analyst and supervisor in many services, is well acquainted with the criticalities of the most difficult clinics; Enrico Vincenti who, besides being a SIPRe member and an expert on institutional issues, has been working in a psychiatric context in the Milan area for years. I believe the dialogue they produced with Seikkula amply deserves to be read and perhaps further developed in the future.

After an article by Fulvio Frati that diachronically sketches the concept of conflict, which has accompanied psychoanalytic thinking from the very beginning and which today perhaps has a more peripheral collocation, or in any case a very different one from the one it had in the past, we present a second appointment with the column '*Dialogues on the relations of care*', in which Carmine Parrella writes the story of a psychotherapeutic treatment to be submitted to the reflections and comments of three colleagues (Roberta Giampietri, Gianfranco Bruschi and Susanna Porcedda), leading to considerations which are, I believe, as productive as the comments themselves.

We conclude this year's third issue with two further comments. The first, by Maria Zirilli, on Maria Luisa Tricoli's book on supervision. The second, by Ilaria Giannoni, on the film '*Perfetti Sconosciuti*' by Paolo Genovese.

An issue, therefore, that has dialogue and exchange as its *fil rouge* without in any way renouncing depth and relevance of content, that I hope will be of interest to many colleagues.

---

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received for publication: 6 November 2021.

Accepted for publication: 8 November 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

*Ricerca Psicoanalitica* 2021; XXXII:601

doi:10.4081/rp.2021.601

*This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (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\*

Ho conosciuto Jaakko Seikkula in occasione di un week end formativo alcuni anni fa. In quell'occasione mi lasciai coinvolgere in una simulazione di un incontro di *Dialogo Aperto* ove interpretavo, neanche a dirlo, un adolescente difficile parte di una famiglia parimenti problematica.

Seikkula, dunque, era il nostro terapeuta e fu questo un momento particolarmente intenso di quel week end che prevedeva anche formazioni frontali e tavole rotonde dove, sempre, Jaakko era attivo protagonista.

Mi colpì il suo stile dolce e attento, che non gli impedì di difendere il suo approccio dai rilievi critici di qualche *discussant* ma che invece favorì un clima serenamente costruttivo, non muscolare, in tutto l'uditorio che, credo, ne uscì complessivamente con la percezione di aver visto le cose da una prospettiva nuova e promettente.

Ebbi poi modo di partecipare ad altri momenti formativi anche all'interno di un percorso organizzato dalla Regione Emilia-Romagna nel corso del quale conobbi altri colleghi finlandesi dei quali, ancora, apprezzai la capacità di ascolto e l'interesse curioso per l'altro.

Scoprii quindi un mondo che altri prima di me già conoscevano ovviamente e che trovai molto interessante per diverse ragioni. Non ultima la capacità di lavorare in forme psicologicamente orientate con pazienti e situazioni gravi, con alta complessità relazionale, talvolta con espressività intensa anche aggressivamente manifestata.

Il linguaggio attraverso il quale Jaakko ed i suoi colleghi raccontavano le esperienze umane, anche le più complesse, era lontano dalle forme che più spesso osservavo all'interno della 'psichiatria reale' che frequentavo, e molto diverse erano le pratiche che proponevano.

Ma qui, nell'esperienza dei colleghi finlandesi, nata in uno sperduto villaggio vicino al Circolo Polare Artico e oggi diffusa in tutti i continenti, vi era anche stata la capacità di mostrare che l'approccio che proponevano funzionava. Decine, oggi centinaia, di studi ne mostrano l'efficacia, l'economicità,

---

\*Psicologo, psicoterapeuta, Dirigente AUSL Parma, Direttore RP, Direttore Scientifico 'Progetto Sum', Italia. E-mail: fabiovanni@progettosum.org

l'applicabilità in contesti organizzativi e culturali molto differenti (dagli USA al Giappone, dall'Australia all'America Latina, oltre all'Europa).

Nacque in quell'occasione, in quel week end a Parma, il mio Dialogo Aperto con Jaakko e poco dopo la proposta di scrivere un testo per *Ricerca Psicoanalitica* che ci raccontasse cos'è oggi, oltre trent'anni dopo il suo esordio, l'*Open Dialogue*. È quindi con soddisfazione che saluto qui l'uscita di questo numero che vede un tentativo di ricreare una dialogicità attorno al paper di Jaakko con l'aiuto di tre colleghi, Carmine Parrella, psicoterapeuta socio SIPRe che lavora a Lucca in un Servizio di Salute Mentale, Giuseppe Riefolo che ne ha frequentato e diretto uno a Roma per diverso tempo e che, da analista SPI e supervisore in molti servizi, conosce bene le criticità della clinica più hard, ed Enrico Vincenti che, oltre ad essere anch'egli un socio SIPRe ed un esperto di tematiche istituzionali, lavora da anni nella zona di Milano in un contesto psichiatrico. Il dialogo da loro prodotto con Seikkula credo meriti ampiamente una lettura e forse anche qualche ulteriore sviluppo futuro.

Dopo un articolo di Fulvio Frati che tratteggia diacronicamente un concetto, quello di conflitto, che ha accompagnato fin dall'inizio il pensiero psicoanalitico e che oggi ha forse una collocazione più periferica o comunque assai diversa da quella che aveva in passato, vi proponiamo un secondo appuntamento con la rubrica '*Dialoghi sulle relazioni di cura*' nel quale Carmine Parrella ci propone la storia di un trattamento psicoterapeutico per sottoporla alle riflessioni, ai commenti, di tre colleghi/e (Roberta Giampietri, Gianfranco Bruschi e Susanna Porcedda) per poi ricavarne alcune considerazioni che mi paiono altrettanto ricche quanto lo erano stati i commenti stessi.

Concludiamo il terzo numero di quest'anno con due commenti ancora. Il primo, di Maria Zirilli, sul libro di Maria Luisa Tricoli sulla supervisione. Il secondo, di Ilaria Giannoni, sul film '*Perfetti Sconosciuti*' di Paolo Genovese.

Un numero quindi che fa della dialogicità e dello scambio il suo filo conduttore senza rinunciare, anzi, ad una profondità e rilevanza di contenuti che spero potranno interessare molti colleghi.

---

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 6 novembre 2021.

Accettato per la pubblicazione: 8 novembre 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

*Ricerca Psicoanalitica* 2021; XXXII:601

doi:10.4081/rp.2021.601

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

## Open Dialogue - a new psychotherapeutic and human rights approach to build up humanistic psychiatric services

*Jaakko Seikkula\**

**ABSTRACT.** – Mental health services should guarantee immediate help in crises including the nearest to the patients. Open dialogue while doing this has changed the emphasize into sensitively listening to the voices of the patient and those nearest to him/her instead of looking at the psychopathology. The documented results in most severe crises like psychosis are exceptional with significantly less use of medication. In this paper the main focus is to describe how to generate dialogue in the open meetings with the team, the person in the centre of concern and the family members present and thus mobilizing their own psychological resources for recovery.

*Key words:* Open Dialogue; social networks; psychosis; family therapy; psychotherapy.

### Introduction

In a severe mental health crisis, it should be normal psychiatric practice for the first meeting to take place within a day of hearing about the crisis. Furthermore, both the patient and family members should be invited to participate in the first meeting and throughout the treatment process for as long as is needed. In these meetings all relevant professionals from primary care, psychiatry, social care and other appropriate services, who have contact with this family are invited to participate and they openly share their thoughts and opinions about the crisis and about the actions needed. These professionals should stay involved for as long as required. All discussions and treatment decisions should be made openly in the presence of the patient and family members.

These are the basic guiding principles of the Open Dialogue approach, a treatment method that originated in the Western part of Finnish Lapland. The

---

\*Department of Psychology, University of Jyväskylä, Finland.  
E-mail: jaakko.seikkula@jyu.fi

development of this new approach started in the early 1980s and now is put into practices in about 30 countries.

### Opening the boundaries

When starting to develop the acute psychiatric inpatient system at Keropudas Hospital in Tornio the team had two primary interests. In the beginning, there was an interest in individual psychotherapy with patients diagnosed with schizophrenia. At that time Keropudas Hospital was occupied by dozens of long-term patients who had been considered 'incurable' and were to be transferred to another mental hospital designated to receive patients who needed long-term inpatient treatment. In shifting to a more optimistic treatment model, the Keropudas staff had to learn how to work with the psychological resources of the patients in any type of acute crises. In Finland, psychotherapeutic practice has long been part of public health care. Particularly important has been the development and research undertaken in the Turku Psychiatric Clinic by Professor Yrjö Alanen and his team since the 1960s. Starting with individual psychodynamic psychotherapy, the Turku team integrated family perspectives into their treatments in the late 1970s and called the approach Need-Adapted treatment (Alanen, 1997) to emphasize that every treatment process is unique and should be adapted to the varying needs of each patient.

The revolutionary elements of the Need-Adapted approach were to focus on: i) rapid early intervention in every case; ii) treatment planning to meet the changing and unique needs of each patient and family by integrating different therapeutic methods in a single treatment process; iii) having a therapeutic attitude as the basic orientation for each staff member in both examination and treatment; iv) seeing treatment as a continuous process; and v) constantly monitoring treatment progress and outcomes (Alanen, Lehtinen, Rökköläinen, & Aaltonen, 1991).

In the era of evidence-based medicine all this sounds very radical because it challenges the idea that therapists should choose the one right method of treatment after first making an accurate diagnosis of the case. By contrast, need-adaptiveness focuses on the idea that the 'right' diagnosis *emerges* in joint meetings. It became clear to us developing the new approach that the use of dialogue to reach a full understanding by all concerned of what had happened can of itself be a very therapeutic process.

Anticipating psychotherapy research into common factors, by the early 1980s the Need-Adapted approach was already integrating different psychotherapies instead of choosing just one method such as systemic family therapy or individual psychodynamic psychotherapy. Having the background on the long tradition of psychotherapy of schizophrenia in Finland, in Western

Lapland the Open Dialogue approach meant that psychotherapeutic treatment was organized for all patients within their own particular social network. This really concerns all the patients both in outpatient and inpatient care and as well all the diagnostic categories, not only psychotic patients.

Open dialogue refers both to the way the psychiatric system is organized and to the role of dialogue in the meetings with the patient, family members and professionals. The term Open Dialogue was first used in 1995 (Seikkula *et al.*, 1995) to describe the entire family and social network-centred treatment. It has two aspects: first generating dialoguers in the meetings, in which all relevant members participate from the outset and secondly the guiding principles for the entire psychiatric system in one geographical catchment area.

The effectiveness of the *Open Dialogue* approach has been confirmed in several studies mainly in psychotic and major depression crises. In the latest study it was found that in psychotic crises the long term outcomes (approximately 19 years) in the *Open Dialogue* system of care in Western Lapland were significantly better in relation to the treatment as usual in the rest of Finland (Bergström *et al.*, 2018).

As seen (Table 1) in *Open Dialogue* care in Western Lapland the patients were significantly less hospitalized, they had significantly less neuroleptic medication at the outset of care and at 19 years follow-up, they had significantly less ongoing treatment contact and most strikingly, they were living on a disability allowance in one third of the situations compared to two thirds in the rest of Finland. These outcomes really seem to refer a treatment of entirely different culture compared to the traditional psychiatry.

### Open dialogue meeting with the team and the client(s)

In the *Open Dialogue* approach, when a person or family in distress seeks help from the mental health system, a team of professionals is mobilized to

Table 1. Psychiatric treatment and disability pensions in psychotic crises approximately 19 years after the start of treatment.

	OD	TAU	Chi-Square-test	
	(N=108) (%)	(N=1763) (%)	$\chi^2$	P
30 or more hospital days at onset	18.5	46.8	32.4	0.000
Neuroleptics started at onset	16.7	75.5	389.7	0.000
Treatment contact at follow-up	27.8	49.2	16.7	0.000
Neuroleptics used at follow-up	36.1	81.1	110.4	0.000
Disability pension at follow-up	33	61	28	0.000

OD, Open Dialogue; TAU, treatment as usual.

meet with the family and concerned members of the family's network as promptly as possible within 24 hours, usually at the family's chosen familiar location. The team remains assigned throughout the treatment process, whether it lasts for months or for years. No conversations or decisions about the situation of care are conducted outside the presence of the network. Evaluation of the current problem, treatment planning, and decisions are all made in open meetings that include the one in the centre of concern, his or her social relations, and all relevant authorities. Specific services (*e.g.*, individual psychotherapy, vocational rehabilitation, psychopharmacology, and so on) may be integrated into treatment over the course of time, but the core of the treatment process is the ongoing dialogue in treatment meetings among members of the team and network.

The main forum for dialogues is the open therapy meeting where the major participants in the problematic situation join with the patient to discuss all the relevant issues. One of the founders of the Need-Adapted approach Yrjö Alanen (Alanen *et al.*, 1991) noted that overall, the focus is on strengthening the adult side of the patient and on normalizing the situation instead of focusing on regressive behaviour. The starting point for treatment is the language the family use to describe the patient's problem. Problems are reformulated in every conversation (Bakhtin, 1984; Shotter, 1993). All persons present speak in their own voices. The stance of the therapist is different compared with the traditional one in which it is the therapist who makes the interventions.

While many family therapy schools concentrate on creating specific forms of interviewing, the dialogic approach focuses more on listening and responding.

The meeting takes place in an open forum with all participants sitting in a circle. The team members who have initiated the meeting take charge of facilitating the dialogue. On some occasions there is no prior planning regarding who initiates the questioning and thus all staff members can participate in interviewing. On other occasions the team may decide in advance who will conduct the interview. The first questions are as open-ended as possible, to guarantee that family members and the rest of the social network can begin to talk about the issues that are most relevant at that time. This means that the teams do not open the meetings with their agenda and with their definition about what would be the most important issues to speak about. The team does not plan the themes of the meeting in advance. From the very beginning the task of the interviewer(s) is to adapt their answers to whatever the clients say. Most often the team's answer takes the form of a further question that is based on, and has considered, what the client and family members have already said. This can mean repeating word by word some part of the utterance and encouraging further dialogue on the subject. If the patient does not want to participate in the meeting or suddenly runs out of the meeting room, a discus-

sion takes place with the family members whether to continue the meeting. If the family wants to continue, a staff member informs the patient that she or he can return if she or he wants. During this discussion no other decisions concerning the patient are made.

Everyone presents has the right to comment on whatever subject they want. Every new speaker should adapt his or her utterance to what was previously said. For the professionals this means they can comment either by inquiring further about the theme under discussion, or by commenting reflectively to the other professionals openly about their thoughts in response to what is being said (Andersen 1995). Often, in these comments, specific phrases are introduced to describe the client's most difficult experiences.

When the staff members must remind about their obligations and duties in this specific treatment process, it is advisable to focus on these issues towards the end of the meeting after family members have had the opportunity to speak about their most compelling issues. After deciding that the important issues for the meeting have been addressed, the team member in charge suggests that the meeting be adjourned. It is important, however, to close the meeting by referring to the client's own words and by asking, for instance: *'I wonder if we could take steps to close the meeting. Before doing so, however, is there anything else we should discuss?'* At the end of the meeting it is helpful to briefly summarize the themes of the meeting, especially whether or not decisions have been made, and if so, what they were. The length of meetings can vary, but ninety minutes is usually adequate.

### Emotional problems appear in tension loaded relationships

In their acute distress, network members often appear stuck in desperate, rigid, constricted ways of understanding and communicating about the problems that absorb them. In open treatment meetings, team members solicit contributions from every network member, especially included the one who may for instance have psychotic ideas. Everyone's utterances are listened to carefully and responded to respectfully.

Team members support the expression of emotion. They respond transparently and authentically as whole persons. Transparent about being moved by the feelings of network members, the team members' challenge is to tolerate the intense emotional states induced in the meeting. Their conversations among themselves in the presence of the network serve the function of generating reflective processes, expanding the network members' possibilities for making sense of their experiences. Particularly in the beginning phase of treatment, decisions are deferred in favour of expanding and extending the conversation, enabling the system to tolerate ambiguity in the context of extreme stress. This makes it possible to entertain new ideas for addressing

the troubled situation. At the beginning, team members are careful to incorporate the familiar language of the network members into their own utterances. As team members respectfully and attentively draw out the words and feelings of each network member, the conversation shifts. As the original network incorporates the team into its membership, new meanings emerge when new shared language starts to emerge between the team and members of the social network. The drama of the process lies not in some brilliant intervention by the professional, but in the emotional exchange among network members, including the professionals, who together construct or restore a caring personal community.

### Generating dialogue to mobilize the psychological resources

The meetings are organized with as little preplanning as possible. One or more team members lead the meeting. With everyone sitting together in the same room, in the beginning, the professional helpers share the information that they may have about the problem. The leader then offers an open-ended question asking, for instance who would like to start or how would they like to use the time for best helps for everyone. The form of the questions is not preplanned; on the contrary, through careful attunement to each speaker, the leader generates each next question from the previous answer, *e.g.*, by repeating the answer word for word before asking the question or by incorporating into the language of the next question the language of the previous answer. It is critically important for the process to proceed slowly to provide for the rhythm and style of each participant's speech and to assure that each person has a place created in which he or she is invited and supported to have his or her say. As many voices as possible are incorporated into the discussion of each theme as it emerges. Professionals may propose reflective conversation within the team whenever they deem it adequate. After each reflective sequence, network members are invited to comment on what they heard. When the leader proposes to close the meeting, the participants are encouraged to say if there is something they want to add. Each meeting concludes with the leader or leaders summarizing what has been discussed and what decisions have been or should be made.

### Everyone should be listened and respected without conditions

One of the main authors for dialogical perspective in human life was a Russian philosopher Mikhail Bakhtin's (1975), who used to say that '*for the word (and consequently for a human being) there is nothing more terrible than a lack of response*' (p. 127). Respecting the dialogical principle that

every utterance calls for a response to have meaning, team members strive to answer what is said. Answering does not mean giving an explanation or interpretation, but rather, demonstrating in one's response that one has noticed what has been said, respect it without any conditions and when possible, opening a new point of view on what has been said. This is not a forced interruption of every utterance to give a response, but an adaptation of one's answering words to the emerging natural rhythm of the conversation. Team members respond as fully embodied persons with genuine interest in what each person in the room has to say, avoiding any suggestion that someone may have said something wrong.

As the process enables network members to find their voices, they also become respondents to themselves. For a speaker, hearing her own words after receiving the comments that answer them enables her to understand more what she has said. As Bakhtin said it:

*'Dialogue here is not the threshold to action, it is the action itself. It is not a means for revealing, for bringing to the surface the already-made character of a person; no, in dialogue a person not only shows himself outwardly, but he becomes for the first time that which he is - and we repeat, not only for others but for himself as well. To be means to communicate dialogically.'* (Bakhtin, 1984, 262).

Using the everyday language with which clients are familiar, team members' questions facilitate the telling of stories that incorporate the mundane details and the difficult emotions of the events being recounted. By asking for other network members' comments on what has been said, team members help create a multivoiced picture of the event. In reflective dialogue, team members are carefully directing their comments and their gazes toward each other rather than toward the network members, and commenting to each other about their observations, team members construct new words in a very concrete fashion (Andersen, 1991). It is as important for team members to engage each other in dialogue about each other's comments as it is to make the comments themselves. The team dialogue affords the network members a more colourful picture of their own situation, and everyone is afforded more possibilities for understanding what is going on.

Although the content of the conversation is of primary importance for the network members, the primary focus for the team members is the way that the content is talked about. More important than to follow some specific methodological rule is to be present in the moment, adapting their actions to what is taking place at every turn in the dialogue. Every treatment meeting is unique; all the issues addressed in prior meetings gain new meanings in the present moment. They include what we may remember from the earlier dialogues but also include something completely new, experienced for the first time. The team members' task is to open a space for these new, not previously spoken meanings (Anderson & Goolishian, 1988). Team members avoid speaking

too rapidly or moving toward conclusions. Tolerating a situation in which no ready-made responses or treatment plans are made available enables network members to make use of their own natural psychological resources. As multiple voices join in the sharing of the situation, new possibilities emerge. These possibilities seldom emerge as a single unambiguous response to the question of how to go on. Different network members live in different, even contradictory, situations, and thus may have quite different ideas of the problem. Consider a crisis surrounding a mother, father, and son, in which the son, suspected of drug abuse, becomes nearly psychotic. The father may be concerned primarily about the family's reputation among his co-workers and the mother about her son's health, and the young man may protest angrily that he does not need any treatment and that his parents are crazy and should seek treatment for themselves.

### Normalizing discourse

Committed to responding as fully embodied persons, team members are acutely aware of their own emotions resonating with expressions of emotion in the room. Responding to odd or frightening psychotic speech in the same manner as any other comment offers a 'normalizing discourse,' making distressing psychotic utterances intelligible as understandable reactions to an extreme life situation in which the patient and her nearest are living. Understanding does not imply dismissal or minimization of the difficulties experienced; the team member's response resonates with the degree of distress and difficulty uttered. Indeed, sometimes team members offer enhanced opportunity for network members to express feelings of hopelessness. This contrasts with a solution-oriented approach in which the therapist tries to find more positive words to construct experience. It is important that the emotions of the family members connected to the 'not-yet-spoken' experience are expressed openly in the meetings in the presence of the most important people in one's life. By making it clear that the team will remain involved with the network throughout the treatment, by assuring that all treatment decisions are jointly discussed and decided, by exploring intensely emotional themes in a calm, engaged manner, and by consistently seeking contributions from all the participants, team members provide reassuring predictability about the intervention process. Network members learn that they can rely on the professionals to help them remain engaged in conversations about difficult and distressing matters that had not been successfully contained in conversation before.

Having the focus on shared emotional experience was the origin of network therapy (Seikkula *et al.*, 1995; Speck & Attneave, 1973; Van der Velden, Halevy-Martini, Ruhf, & Schoenfeld, 1984). The crisis that moves network members to seek help contribute to the powerful emotional 'loading' of a

meeting. Responding as whole persons, team members' share these emotions and can show their own movement. Their calm, respectful way of talking is paced to allow full experience and expression of feelings in the meeting. If team members try to move the conversation forward too quickly at such moments, there is a risk that it will take place solely at a rational level. The most difficult and traumatic memories are stored in nonverbal bodily memory (Van der Kolk, 2006). Creating words for these emotions is a fundamentally important activity. For the words to be found, the feelings must be endured. Employing the power of human relationships to hold powerful emotions, network members are encouraged to sustain intense painful emotions of sadness, helplessness, and hopelessness. A dialogical process is a necessary condition for making this possible. To support dialogical process, team members attend to how feelings are expressed by the many voices of the body: tears in the eye, constriction in the throat, changes in posture, and facial expression. Team members are sensitive to how the body may be so emotionally strained while speaking of extremely difficult issues as to inhibit speaking further, and they respond compassionately to draw forth words at such moments. The experiences that had been stored in the body's memory as symptoms are 'vaporized' into words.

### Best in most severe crises

On many occasions it has been observed that the heavier the experiences and emotions lived through together in the meeting, the more favourable the outcome seems to be. Before the meeting, network members may have been struggling with unbearably painful situations and have had difficulty talking with each other about their problems. Thus, they have estranged themselves from each other when they most need each other's support. In the meeting, network members find it possible to live through the severity and hopelessness of the crisis even as they feel their solidarity as family and intimate personal community. These two powerful and distinct emotional currents run through the meeting, amplifying each other recursively. Painful emotions stimulate strong feelings of sharing and belonging together. These feelings of solidarity in turn make it possible to go more deeply into painful feelings, thus engendering stronger feelings of solidarity, and so on. Indeed, it appears that the shift out of rigid and constricted monological discourse into dialogue occurs as if by itself when painful emotions are not treated as dangerous, but instead allowed to flow freely in the room (Trimble, 2000; Tschudi & Reichelt, 2004).

It is important to remember that all the members of the network are struggling with the emotionally loaded incidents and experiences that constitute the crisis, albeit from different positions. Family members may have acted to bring on the crisis, lived through the effects of the crisis, or both. The hallu-

cinations of a patient having psychotic problems may incorporate traumatic events in metaphoric form. Although the symptoms' allusion to the traumatic events may thereby be inaccessible to other participant present in the meeting, they themselves may have been affected by those same events, and their own embodied emotional reactions are stimulated. The emotional loading from these collective interactions and amplifications of emotional states make the network meeting quite different from a dialogue between two individuals.

The emotional loading in the meeting seldom manifests as a huge explosion or catharsis. It emerges most often as small surprises that open new directions for dialogue. By its nature, the emotional exchange occurs in the immediate moment, and the experience cannot be moved as such to another time or place. The outcome of the meeting is experienced more in the embodied comprehensive experiences of the participants than in any explanations offered for problems or decisions made at the end of the meeting. This may be unusual for professionals used to working in a more structured way. Participants' language and bodily gestures would begin to express strong emotions that, in the everyday language used in meetings, could best be described as an experience of love (Seikkula & Trimble, 2005). This is not a romantic love, but rather another kind of loving feeling found in families absorbing mutual feelings of affection, empathy, concern, nurturance, safety, security, and deep emotional connection. Once the feelings become widely shared in the meeting, the experience of relational healing become palpable. This is what the families in many follow-up studies have informed taking place. They can say, for instance, that the beginning of the crisis was very painful when not knowing what is going to happen. But step by step they learned to love each other in the way that they had lost of some terrible incident in their lives.

### Team helps to move from looking at symptoms to scrutiny of life and tolerating uncertainty

The activity of constructing new shared language incorporating the words that network members bring to the meetings and the new words that emerge from dialogue among team and network members affords a healing alternative to the language of symptoms or of difficult behaviour. The team helps cultivate a conversational culture that respects each voice and strives to hear all voices. Essential team actions toward this purpose include the following:

- i) Asking for information in a manner that makes telling the stories as easy as possible and less distressing as possible. This includes using everyday language, pursuing details, and inviting comments on people's responses, thus generating a multivoiced picture of an incident.
- ii) Listening intently and compassionately as each speaker takes a turn and making space for every utterance, including those made in psychotic

speech or in other types of agitated behaviour. Showing appreciation for the extreme life situations that engender psychotic ideas and feelings of hopelessness.

- iii) Conducting reflective dialogue among team members, commenting not only on the network members' utterances but also on each other's utterances about the network members' utterances. This recursive process helps team members, other professionals in the meeting, and network members to tolerate the uncertainty of a situation in which there are no rapid responses for difficult problems and no rapid treatment decisions. By tolerating this uncertainty, network members discover in their sharing of the situation the psychological resources for answering the question of how to go on.

After team members have entered the conversation by adapting their utterances to those of the one in the centre of concern and her nearest relations, the network members may in time come to adapt their own words to those of the team. It helps one to understand more when one experiences the other as understanding oneself. If one discovers that one is heard, it may become possible to begin to hear and become curious about others' experiences and opinions. Together, team and network members build up an area of joint language in which they come to agreements about the particular use of words in the situation. This joint language, emerging in the area between the participants in the dialogue, expresses their shared experience of the incidents and the emotions embedded in them (Haarakangas, 1997). By listening to the reflective dialogue of team members, network members discover new possibilities for meaning about the situation. From the reflective internal dialogues emerge new ways of understanding the problem situation that, as they are then spoken aloud, lead the group dialogue into new, previously undiscovered possibilities.

Just as symptoms are comprehensive, embodied experiences, so is the new language generated through comprehensive, embodied experiences more than by rational explanation. It has become evident this being strongly an embodied process of synchronization between all the participants in the meeting (Seikkula *et al.*, 2018). In the study of Relational Mind we had the possibility to look at the embodied participation in the therapy dialogues. It was noted that in a point of high arousal in the autonomic nervous system of the therapy clients and therapists new dialogical understanding seldom occurred. The dialogical change often started after the arousal point when people started to calm down. It seems important to leave place for the arousal, for instance feeling the sadness without any meaning making comments by the therapists. After calming down there are more adequate options to make reflective questions, in which the clients have the possibility to form words to their experiences. As network members share feelings of togetherness, they begin to give voice to the not-yet-said. Sharing difficult issues may feel threatening if previous attempts have led to painful failure. One learns that starting to be open

with one's own experiences often means that others present at the meeting, even the silent ones, themselves become more open and more able to trust in each other and in the belief that difficult issues are possible to handle. As team and network live through the experiences that thus find their way into the room, their shared emotional experience allows the familiar words of network members to be organized into new understandings, stories in which each participant can address his or her own trauma and handle his or her own emotions. It is when the new language captures the original, unexpressed, distressing story and the context from which the symptoms first emerged that the dialogue begins to compensate symptoms. As network members find language for their traumatic experiences, both the situations described, and the emotions associated with them become controllable. The healing factors contribute to the creation of community. Community is sustained and revitalized by collective sharing of powerful feelings, with the reciprocal attunement process drawing forth our most profoundly human relational capacities.

### Ideal ways for organizing dialogues in the network

*Open dialogue* was first initiated in the Finnish Länsipohja province, in the western part of Lapland. For this reason in the English literature, it is named as Western Lapland. During the development of the approach several studies were conducted to understand the new system of care and to develop its practices. In these studies, it was noted that optimal dialogue seems to presuppose the system of care being organized in the optimal way. The system of treatment is guided by seven main principles, established in a research project in the mid-1990s (Aaltonen *et al.*, 2011). Hence of an optimal care in serious crisis: i) the first meeting should be organized immediately in the crisis, within 24 hours of contact being made with the mental health services; ii) the social network of the patient, including the family and the professionals working with this specific family, should always be invited to participate, from the outset and for as long as required; iii) the treatment should be flexibly adapted to the specific needs of the patient and the family, using the therapy methods most suited to the case in question. The core idea is to integrate the different methods of therapy in the most optimal way; iv) the mental health systems should guarantee that specific persons/teams will take responsibility for the treatment, organizing a case-specific team that will make decisions together with the family concerning all the treatment planning and actions to be taken; v) the team should aim to guarantee psychological continuity by inviting staff members from different facilities to collaborate, for as long as required; vi) the process should tolerate uncertainty and for enhancing this the team should aim at promoting a sense of security, generating a therapeutic process of sharing in order to mobilize the psychological resources of

the family and the social network; vii) the team should focus on generating dialogue in the joint therapy meetings, to create new words and a new joint language for experiences that previously did not have words.

A situation in which two persons were in need for help at the same time

To shortly illustrate, how the system of care is working and how the dialogue occurs in the meetings I will present a case that was a part of the above-mentioned research projects of first episode psychotic patients in *Open Dialogue*. Lisa's twin brother had been brought into primary care during the weekend following a suicide attempt (Seikkula *et al.*, 2001). On Monday morning, his general practitioner contacted a psychologist at the local mental health outpatient clinic. Because of being a part of the *Open Dialogue* community care, in the province a specific acute crisis polyclinic is available for guaranteeing the meeting being organized immediately. He took immediately contact to the crisis polyclinic and they together organized a team consisting, in addition to himself, of a nurse from the same outpatient clinic and a doctor and a psychologist from the crisis polyclinic. The team made a home visit the same day in the afternoon. Present at the first meeting were Lisa, her mother, father, twin brother, and a younger brother. Lisa started to talk about her own personal philosophical theories and about her delusions of seeing people with the head of a bull. The team tolerated this unexpected story and started to talk with Lisa and the rest of the family. They were somewhat surprised, as they were under the impression that they had come for Lisa's twin brother, but her mother told them that they were worried about both siblings. It emerged soon that in fact had severe psychotic ideas.

They said that Lisa had returned home one year earlier, and both twins had isolated themselves during the preceding four-month period. It appeared that Lisa had had psychotic ideas for 25 months and did not have any other relations outside the family. Her twin brother had followed her to their cabin - in which they were living now - five months before and now during the weekend had taken an over doze of tranquilizers.

Open treatment meetings were organized daily at the beginning. Especially the first one was quite agitative because of the quarrel that appeared between Lisa and his father. Lisa especially accused father of being cruel to his son years ago while forcing him to run sports. Father became furious about these accusations and later they told that their quarrel had continued during the evening at home after the team had left. During the first two months, nine meetings were organized altogether. After the two first meetings with a lot of quarrel the meetings developed an increasingly psychotherapeutic quality and many episodes of reflective discussion between the team members emerged. In the sixth and seventh meetings, Lisa again expressed anger

and hatred towards her father owing to her perceptions of his behaviour during their childhood. It seemed that, for the first time, it had become possible for her to construct words to describe her difficult experiences with her father.

At the beginning of the process, the general practitioner prescribed neuroleptics, which Lisa tried to take on five occasions but eventually decided to discontinue because, as she said in the two-year follow-up interview, 'all the world became dark and immobile, I did not have any thoughts left.' After two months, individual psychotherapy was started with a psychologist who was a member of the crisis team. This was done in a joint understanding after being proposed by the team. During this phase, Lisa still occasionally had prominent psychotic experiences. After six months, Lisa decided to stop the psychotherapy, moved away from home, and did not respond to the contact attempts of the doctor who wanted to know how she is doing.

Because of being a part of a study follow-up interviews with the family was organized after two and five years. In the two-year follow-up interview, she said that she had started to study philosophy, and that she had no remaining psychotic symptoms. She had decided that she herself had to find a way out of her problems, and that was why she had discontinued the psychotherapy and moved away. She also said that she had realized that it was not good for her to live near her family, since this easily led to quarrels. It was better for her to live without too many contacts with her family. She had had psychotic delusions for about half a year after discontinuing the psychotherapy, but, since then, the symptoms had not recurred. In the five-year follow-up interview, she said that she had taken a break from her studies. She had been working as a full-time cleaner for three years' time, was married and talked about their plans to have a baby.

The seven principles had been realized to an adequate extent. The first meeting had taken place immediately on the same day after the contact with the general practitioner, and the closest social network was involved from the outset, although the motivation of the parents subsequently declined. The same team guaranteed psychological continuity throughout the process, including the shift from family sessions to individual psychotherapy. The process allowed for tolerance of the uncertain periods of hallucinatory talk and the hatred Lisa expressed towards her father. During the many critical phases of the process, dialogue was generated and maintained. This was already evident at the first meeting, in which the team did not focus on diagnosing the psychosis, but rather emphasized generating a dialogue in which the family could present the problem in their own language.

## Discussion and conclusions

A unique quality of the *Open Dialogue* approach is its intertwined con-

nection to all the time ongoing research in the natural setting (Seikkula, 2019). When started to develop the practice in the Finnish Western Lapland early 80's, after the first confusing experiences in the new open practice it was noted the importance to start to inquire about the basic ideas of the treatment processes and about the outcomes of the new approach. Since 1988 all the time ongoing studies have been regular part of the system and the approach has been developed based on the research. The ideas of dialogical practice have born in the studies about the processes of open meetings and the concept of *Open Dialogue* as the conclusion about the entire community care system was born as an outcome of one qualitative content analysis. The importance of this research is not primarily for having the information about the effectiveness to inform the outside community about it, but the opposite. The research is needed to develop the practice.

The second essential element of the *Open Dialogue* approach is the all the time ongoing training of staff and in many places of the people with their own lived experience. In Tornio, the training was planned to be for three years and guaranteeing the license of psychotherapists according to Finnish law. In most places nowadays the training is one year education for the teams to learn to work together in dialogical ways.

As moving out to the world from the Western Lapland, *Open Dialogue* has received a lot of different applications in respect to the cultural differences concerning the administration and organizations of health care. What has surprised me is the general quality of dialogues in the meetings. The dialogues really seem to take the same type of path in Open Dialogue meeting in China as in United States or in Italy. Regardless of the important cultural differences of life, the dialogue seems to follow the same lines. It is basis of human life in whatever context.

The second phenomena to pay a lot of attention is the challenge of adopting dialogical skills. Some places the basic ideas have been adopted easily, in some places it really includes challenges both in the ways to organize the system of care and in the ways to participate in the meetings. Some studies have analysed the experiences in the training programs. *Open dialogue* training is often distinct from traditional learning and is based on experiential approach to learning, which has been reported to generate strong emotional experiences (Buus *et al.*, 2019; Pope *et al.*, 2016; Stockmann *et al.*, 2017). Pope *et al.* (2016) found that the need-adapted training lacked the instructional clarity of more manualised training programs, and some participants found the training disorganised. Putman (2015) refers to Open Dialogue training as having an aspect of 'unlearning' that can take many forms. This is because 'prior' learning - through both personal development and conventional professional learning - can be highly limiting in Open Dialogue contexts. Schubert *et al.* (2020) explored the professional identity of Australian clinical psychologists and psychiatrists

after their introductory Open Dialogue training. The training could facilitate opportunities for taking alternative positions in their clinical work that to a larger extent involved their personal selves, and which sometimes was perceived as exposing and putting the clinician in a vulnerable position.

For me all these comments make perfect sense according to my experiences of being in charge of the training programs. The challenge is to find a balance between structure that is always needed while learning new skills and the dialogical uncertainty that is always needed to learn dialogical skills especially.

#### REFERENCES

- Aaltonen, J., Seikkula, J., & Lehtinen, K. (2011). Comprehensive open-dialogue approach I: Developing a comprehensive culture of need-adapted approach in a psychiatric public health catchment area the Western Lapland Project. *Psychosis*, 3, 179-191.
- Alanen, Y. (1997). *Schizophrenia. Its origins and need-adapted-treatment*. London: Karnac Books.
- Alanen, Y., Lehtinen, K., Rökköläinen, V. & Aaltonen, J. (1991). Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 363-372.
- Andersen, T. (1991). *The reflecting team: dialogues and dialogues about the dialogues*. New York, NY: Norton.
- Andersen, T. (1995). Reflecting processes; acts of forming and informing. In Friedman, S. (Ed.). *The reflecting team in action* (pp. 11-37) New York, NY: Guilford.
- Anderson, H., & Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27, 371-393.
- Bakhtin, M. (1975). *Speech genres and other late essays*. Austin: University of Texas Press.
- Bakhtin, M. (1984). *Problems of Dostojevskij's poetics: Theory and history of literature* (Vol. 8). Manchester: Manchester University Press.
- Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J. J., Tolvanen, T., & Aaltonen, J. (2018). The family-oriented Open Dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry Research*, 270, 168-175. doi:10.1016/j.psychres.2018.09.039.
- Buus, N., Jacobsen, E., Bojesen, A. & Erlangen, A. (2019). The association between Open Dialogue to young Danes in acute psychiatric crisis and their use of health care and social services: A retrospective register-based cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 91, 119-127. doi:10.1016/j.ijnurstu.2018.12.015.
- Haarakangas, K. (1997). Hoitokokouksen äänet. The voices in treatment meeting. A dialogical analysis of the treatment meeting conversations in family-centred psychiatric treatment process in regard to the team activity. English Summary. *Jyväskylän Studies in Education, Psychology and Social Research*, 130, 119-126.
- Pope, L. G., Cubellis, L., & Hopper, K. (2016). Signing on for dirty work: Taking stock of a public psychiatry project from the inside. *Transcultural Psychiatry*, 53(4), 506-526.
- Putman, N. (2015). What constitutes an Open Dialogue training? Education, education, education. *Context*, (138), 34-35.
- Schubert, S., Rhodes, P. & Buus, N. (2020). Transformation of professional identity: an exploration of psychologists and psychiatrists implementing Open Dialogue. *Journal of Family Therapy*, First published: 23 January 2020. doi:10.1111/1467-6427.12289.
- Seikkula, J. (2019). From research on dialogical practice to dialogical research: Open Dialogue

- is based on all the time ongoing scientific analysis. In Ochs, M., Borcsa, M., & Schweitzer, J. (Eds.) *Linking systemic research and practice - innovations in paradigms, strategies and methods. (European Family Therapy Association Series, Volume 4)*. Cham: Springer International.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Sutela, M. (1995). Treating psychosis by means of Open Dialogue. In Friedman, S. (Ed.), *The reflective team in action: Collaborative practice in family therapy* (pp. 62-80). New York, NY: Guilford Press.
- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2001). Open Dialogue in psychosis II: A comparison of good and poor outcome cases. *Journal of Constructivist Psychology, 14*, 267-284.
- Seikkula, J., Karvonen, A., Kykyri, V-L, Penttonen, M. & Nyman-Salonen, P. (2018). The relational mind in couple therapy: a Bateson-inspired view of human life as an embodied stream. *Family Process, 57*, 855-866. doi:10.1111/famp.12382.
- Seikkula, J. & Trimble, D. (2005). Healing elements of therapeutic conversation: Dialogues as an embodiment of love. *Family Process, 44*(3), 463-477.
- Shotter J. (1993). *Cultural politics of every day life. Social constructionism, rhetoric and knowing of the third kind*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Speck, R., & Attneave, C. (1973). *Family networks*. New York: Pantheon.
- Stockmann, T., Wood, L., Enache, G., Withers, F., Gavaghan, L., & Razaque, R. (2017). Peer-supported Open Dialogue: a thematic analysis of trainee perspectives on the approach and training. *Journal of Mental Health, 1-7*. doi:10.1080/09638237.2017.1340609.
- Trimble, D. (2000). Emotion and voice in network therapy. *Netletter, 7*(1), 10-15. Retrieved: July 10, 2004, from: <http://www.netletter.org>
- Tschudi, F., & Reichelt, S. (2004). Conferencing when therapy is stuck. *Journal of Systemic Therapies, 23*, 38-52.
- van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C., & Weisaeth, L. (Eds.) (2006). *Traumatic stress*. New York, NY: Guilford.
- Van der Velden, E., Halevy-Martini, J., Ruhf, L., & Schoenfeld, P. (1984). Conceptual issues in network therapy. *International Journal of Family Therapy, 6*, 68-81.

---

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received for publication: 17 February 2021.

Accepted for publication: 12 June 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

*Ricerca Psicoanalitica* 2021; XXXII:529

doi:10.4081/rp.2021.529

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



## **Dialogo Aperto - un nuovo approccio psicoterapeutico e orientato ai diritti umani per costruire servizi psichiatrici umanistici**

*Jaakko Seikkula\**

SOMMARIO. – I servizi di salute mentale dovrebbero garantire un aiuto immediato nelle crisi incluse quelle in corso. Agendo in questo modo, *Dialogo Aperto (Open Dialogue)* ha spostato l'attenzione verso un ascolto sensibile della voce del paziente e di coloro a lui/lei più vicini piuttosto che guardare alla psicopatologia. Nelle crisi più severe, incluse quelle psicotiche, i risultati documentati sono eccezionali e sono ottenuti con un uso decisamente inferiore di farmaci. In questo lavoro l'obiettivo principale è descrivere come generare dialogo negli incontri aperti con il team di esperti, la persona al centro dell'interesse e i membri della famiglia presenti, mobilitando così le loro risorse psicologiche per il recupero.

*Parole chiave:* Dialogo Aperto; rete sociale; psicosi; terapia familiare; psicoterapia.

### **Introduzione**

Dovrebbe essere normale pratica psichiatrica in una grave crisi di salute mentale che il primo incontro abbia luogo entro un giorno dalla comunicazione della crisi. Inoltre, dovrebbero essere invitati a partecipare al primo incontro sia il paziente che i membri della famiglia, e dovrebbero partecipare a tutto il processo di trattamento e per tutto il tempo necessario. A questi incontri i professionisti delle cure primarie, della psichiatria, dell'assistenza sociale e di altri servizi appropriati, che hanno contatti con la famiglia, sono invitati a partecipare, e condividono apertamente i loro pensieri e opinioni sulla crisi e sulle azioni da intraprendere. I professionisti rimangono coinvolti per tutto il tempo necessario. Tutte le discussioni e le decisioni terapeutiche sono da prendere apertamente in presenza del paziente e dei membri della famiglia.

---

\*Dipartimento di Psicologia, Università di Jyväskylä, Finlandia.  
E-mail: jaakko.seikkula@jyu.fi

Questi sono i principi guida di base dell'approccio al *Dialogo Aperto*, un metodo di trattamento che ha avuto origine nella Lapponia finlandese occidentale. Lo sviluppo di questo nuovo approccio è iniziato nei primi anni '80 ed oggi viene praticato in circa 30 paesi.

## Aprire i confini

Quando si è iniziato a sviluppare il sistema psichiatrico ospedaliero per pazienti in crisi all'ospedale Keropudas di Tornio, il team aveva due interessi primari. All'inizio c'era un interesse per la psicoterapia individuale dei pazienti con diagnosi di schizofrenia. A quel tempo il Keropudas Hospital era occupato da dozzine di pazienti-a lungo termine che erano stati considerati 'incurabili' e dovevano essere trasferiti in un altro ospedale psichiatrico designato per ricevere pazienti che necessitavano di cure ospedaliere a lungo termine. Passando ad un modello di trattamento più ottimistico, il personale di Keropudas ha dovuto imparare a lavorare con le risorse psicologiche dei pazienti in qualunque tipo di crisi acuta.

In Finlandia, la pratica psicoterapeutica fa parte da tempo dell'assistenza sanitaria pubblica. Particolarmente importante è stato lo sviluppo e la ricerca intrapresi nella Clinica Psichiatrica di Turku dal professor Yrjö Alanen e dal suo team sin dagli anni '60. A partire dalla psicoterapia psicodinamica individuale, il team di Turku ha integrato le prospettive familiari nei loro trattamenti alla fine degli anni '70 e lo ha chiamato approccio *need-adapted* o adattato-al-bisogno (Alanen, 1997) per sottolineare che ogni processo di trattamento è unico e dovrebbe essere adattato alle diverse esigenze di ciascun paziente.

Gli elementi rivoluzionari dell'approccio adattato-al-bisogno dovevano concentrarsi su: i) un rapido intervento precoce per ogni caso; ii) pianificazione del trattamento per soddisfare le esigenze mutevoli e uniche di ciascun paziente e famiglia integrando diversi metodi terapeutici in un unico processo di trattamento; iii) avere un atteggiamento terapeutico, come orientamento di base, per ogni membro del personale, sia nell'assessment che nel trattamento; iv) vedere il trattamento come un processo continuo; e v) monitorare costantemente i progressi e gli esiti del trattamento (Alanen, Lehtinen, Rökköläinen & Aaltonen, 1991).

Nell'era della medicina basata sull'evidenza tutto ciò suona molto radicale perché sfida l'idea che i terapeuti debbano scegliere l'unico giusto metodo di trattamento dopo aver prima fatto una diagnosi accurata del caso. Al contrario, l'adattabilità al bisogno si concentra sull'idea che la diagnosi 'giusta' emerge nelle riunioni congiunte. Sviluppando il nuovo approccio è diventato chiaro che l'uso del dialogo per raggiungere una piena comprensione da parte di tutti gli interessati di ciò che era accaduto può essere di per sé un processo molto terapeutico.

Anticipando la ricerca in psicoterapia sui fattori comuni, all'inizio degli anni '80 l'approccio adattato-al-bisogno integrava già diverse psicoterapie invece di scegliere un solo metodo come la terapia familiare sistemica o la psicoterapia psicodinamica individuale. Avendo il background della lunga tradizione della psicoterapia della schizofrenia in Finlandia, nella Lapponia occidentale l'approccio al Dialogo Aperto ha fatto sì che il trattamento psicoterapeutico fosse organizzato per tutti i pazienti all'interno della loro specifica rete sociale. Ciò riguarda proprio tutti i pazienti, sia ambulatoriali che ospedalieri, e tutte le categorie diagnostiche, non solo i pazienti psicotici.

Il Dialogo Aperto si riferisce sia al modo in cui è organizzato il sistema psichiatrico, sia al ruolo del dialogo negli incontri con il paziente, i familiari e gli operatori. Il termine Dialogo Aperto è stato usato per la prima volta nel 1995 (Seikkula *et al.*, 1995) per descrivere l'intero complesso di trattamenti riguardanti la famiglia e la rete sociale. Ha due aspetti: in primo luogo generare dialoghi negli incontri, in cui tutti i membri rilevanti partecipano sin dall'inizio e, in secondo luogo, definire i principi guida per l'intero sistema psichiatrico in un bacino di utenza.

L'efficacia dell'approccio del *Dialogo Aperto* è stata confermata in diversi studi, principalmente nelle crisi psicotiche e nelle crisi depressive maggiori. Nell'ultimo studio è stato riscontrato che nelle crisi psicotiche i risultati a lungo termine (circa 19 anni) nel sistema di cura *Dialogo Aperto* nella Lapponia occidentale erano significativamente migliori rispetto al trattamento abituale nel resto della Finlandia (Bergström *et al.*, 2018).

Come si è visto (Tabella 1) con la cura del *Dialogo Aperto* nella Lapponia occidentale, i pazienti erano molto meno ospedalizzati, avevano una terapia neurolettica molto inferiore all'inizio della cura e a 19 anni di follow-up, avevano un contatto terapeutico significativamente inferiore e, cosa più sorprendente, vivevano con un'indennità di invalidità in un terzo delle situazioni rispetto a due terzi nel resto della Finlandia. Questi risultati sembrano davvero far riferimento ad una cultura di trattamento completamente diversa rispetto alla psichiatria tradizionale.

Tabella 1. Cure psichiatriche e pensioni di invalidità nelle crisi psicotiche a circa 19 anni dall'inizio del trattamento.

	OD (N=108) (%)	TAU (N=1763) (%)	Test Chi-Quadro x <sup>2</sup>	P
30 o più giorni di ricovero ospedaliero dall'esordio	18.5	46.8	32.4	0.000
In trattamento con neurolettici fin dall'esordio	16.7	75.5	389.7	0.000
Contatto terapeutico al follow-up	27.8	49.2	16.7	0.000
In trattamento con neurolettici al follow-up	36.1	81.1	110.4	0.000
In pensione di invalidità al follow-up	33	61	28	0.000

OD, Dialogo Aperto; TAU, trattamento abituale.

## Incontro in Dialogo Aperto tra team e cliente(i)

Nell'approccio a *Dialogo Aperto*, quando una persona o una famiglia in difficoltà cerca aiuto dal sistema di salute mentale, un team di professionisti viene mobilitato per incontrare la famiglia e i membri interessati della rete familiare il più rapidamente possibile, entro 24 ore, di solito presso il luogo più familiare scelto dalla famiglia. Il team rimane assegnato durante tutto il processo di trattamento, che duri mesi o anni. Nessuna conversazione o decisione sulla situazione viene condotta al di fuori della presenza della rete. La valutazione del problema attuale, la pianificazione del trattamento e le decisioni sono tutte prese in riunioni aperte che includono colui che è al centro dell'interesse, le sue relazioni sociali e tutte le autorità competenti. Servizi specifici (ad esempio psicoterapia individuale, riabilitazione professionale, psicofarmacologia e così via) possono essere integrati nel trattamento nel corso del tempo, ma il nucleo del processo di trattamento è il dialogo in corso negli incontri tra i membri del team e della rete.

Il focus principale per i dialoghi è l'incontro sulla terapia aperta in cui i principali partecipanti alla situazione problematica si uniscono al paziente per discutere tutte le questioni rilevanti. Uno dei fondatori dell'approccio adattato-al-bisogno Yrjö Alanen (Alanen *et al.*, 1991) ha osservato che nel complesso, l'attenzione è rivolta al rafforzamento del lato adulto del paziente e alla normalizzazione della situazione invece di concentrarsi sul comportamento regressivo. Il punto di partenza del trattamento è il linguaggio che la famiglia usa per descrivere il problema del paziente. I problemi vengono riformulati in ogni conversazione (Bakhtin, 1984; Shotter, 1993). Tutte le persone presenti parlano a proprio nome. L'atteggiamento del terapeuta è diverso rispetto a quello tradizionale in cui è il terapeuta che fa gli interventi.

Mentre molte scuole di terapia familiare si concentrano sulla creazione di forme specifiche di conduzione del colloquio, l'approccio dialogico si concentra maggiormente sull'ascolto e sulla risposta.

L'incontro si svolge in un luogo aperto con tutti i partecipanti seduti in cerchio. I membri del team che hanno avviato l'incontro si fanno carico di facilitare il dialogo. In alcune occasioni non esiste una pianificazione preliminare riguardo a chi inizia il colloquio e quindi tutti i membri del personale possono partecipare. In altre occasioni la squadra può decidere in anticipo chi condurrà il colloquio. Le prime domande sono il più aperte possibile, per garantire che i membri della famiglia e il resto della rete sociale possano iniziare a parlare delle questioni che sono più rilevanti in quel momento. Ciò significa che le équipes non aprono le riunioni con la loro agenda e con la loro definizione di quali sarebbero le questioni più importanti di cui parlare. Il team non pianifica in anticipo i temi dell'incontro. Fin dall'inizio il compito dell'intervistatore è di adattare le loro risposte a qualunque cosa dicano i clienti. Molto spesso la risposta del team assume la

forma di un'ulteriore domanda che si basa su, e considera, ciò che il cliente e i membri della famiglia hanno già detto. Ciò può significare ripetere parola per parola una parte dell'enunciato e incoraggiare un ulteriore dialogo sull'argomento. Se il paziente non vuole partecipare alla riunione o corre improvvisamente fuori dalla sala riunioni, ha luogo una discussione con i membri della famiglia se continuare la riunione. Se la famiglia vuole continuare, un membro del personale informa il paziente che lei o lui può tornare se vuole. Durante questa discussione non vengono prese altre decisioni riguardanti il paziente.

Tutti i presenti hanno il diritto di commentare qualsiasi argomento desiderino. Chi prende la parola dovrebbe adattare il proprio enunciato a ciò che è stato detto in precedenza. Per i professionisti questo significa che possono commentare indagando ulteriormente sul tema in discussione o commentando apertamente ciò che gli altri professionisti hanno detto (Andersen, 1995). Spesso, in questi commenti, vengono introdotte frasi specifiche per descrivere le esperienze più difficili del cliente.

Quando i membri dello staff devono ricordare i loro obblighi e doveri in questo specifico processo di trattamento, è consigliabile concentrarsi su queste questioni verso la fine della riunione dopo che i membri della famiglia hanno avuto l'opportunità di parlare delle loro questioni più importanti. Dopo aver deciso che le questioni importanti per la riunione sono state affrontate, il membro del team responsabile suggerisce che la riunione venga aggiornata. È importante, tuttavia, chiudere la riunione facendo riferimento alle parole del cliente e chiedendo, ad esempio: *'Mi chiedo se potremmo fare dei passi per chiudere la riunione. Prima di farlo, tuttavia, c'è qualcos'altro di cui dovremmo discutere?'* Al termine dell'incontro è utile riassumere brevemente i temi dell'incontro, soprattutto se le decisioni sono state prese o meno, e se sì, quali erano. La durata delle riunioni può variare, ma in genere novanta minuti sono sufficienti.

## Problemi emotivi compaiono nelle relazioni cariche di tensione

Nella loro angoscia acuta, i membri della rete spesso sembrano bloccati in disperati, rigidi e ristretti modi di comprendere e comunicare sui problemi che li assorbono. Nelle riunioni di trattamento aperto, i membri del team sollecitano il contributo di ogni membro della rete, in particolare quello che può, ad esempio, avere idee psicotiche. Le espressioni di tutti vengono ascoltate con attenzione e ad esse si risponde con rispetto.

I membri del team supportano l'espressione delle emozioni. Rispondono in modo trasparente e autentico come persone nella loro interezza. Sono trasparenti riguardo l'essere commossi dai sentimenti dei membri della rete, la sfida dei membri del team è tollerare gli intensi stati emotivi indotti durante

l'incontro. Le conversazioni tra di loro in presenza della rete hanno la funzione di generare processi riflessivi, ampliando le possibilità dei membri della rete di dare un senso alle loro esperienze. In particolare nella fase di inizio del trattamento, le decisioni vengono differite a favore dell'ampliamento e dell'estensione della conversazione, consentendo al sistema di tollerare l'ambiguità in un contesto di stress estremo. Ciò rende possibile sviluppare nuove idee per affrontare una situazione travagliata. All'inizio i membri del team stanno attenti a incorporare il linguaggio familiare dei membri della rete nelle proprie espressioni. Man mano che i membri del team esprimono con rispetto e attenzione le parole ed i sentimenti di ciascun membro della rete, la conversazione cambia. Man mano che la rete originale incorpora il team clinico nei suoi membri, nuovi significati emergono quando un nuovo linguaggio condiviso inizia ad emergere tra il team e i membri della rete sociale. Il pathos del processo non deriva da un intervento brillante da parte del professionista, ma dallo scambio emotivo tra i membri della rete, compresi i professionisti, che insieme costruiscono o ripristinano una comunità personale premurosa.

### Generare il dialogo per mobilitare le risorse psicologiche

Gli incontri sono organizzati con la minima pianificazione possibile. Uno o più membri del team guidano la riunione. Con tutti seduti insieme nella stessa stanza, all'inizio, gli assistenti dei professionisti condividono le informazioni che potrebbero avere riguardo il problema. Il leader offre quindi una domanda a risposta aperta chiedendo, ad esempio, chi vorrebbe iniziare o come vorrebbe utilizzare il tempo per ottenere i migliori aiuti per tutti. La forma delle domande non è programmata in anticipo; al contrario, attraverso un'attenta sintonizzazione con ogni oratore, il leader genera ogni domanda successiva dalla risposta precedente, ad esempio, ripetendo la risposta parola per parola prima di porre la domanda o incorporando nel linguaggio della domanda successiva il linguaggio della precedente risposta. È di fondamentale importanza che il processo proceda lentamente per fornire il ritmo e lo stile del discorso di ogni partecipante e per assicurare che ogni persona abbia un luogo in cui è invitato e supportato per dire la sua. Quante più voci possibili vengono incorporate nella discussione di ogni tema man mano che emerge. I professionisti possono proporre conversazioni riflessive all'interno del team ogniqualevolta lo ritengano adeguato. Dopo ogni sequenza riflessiva, i membri della rete sono invitati a commentare ciò che hanno sentito. Quando il leader propone di chiudere la riunione, i partecipanti sono incoraggiati a dire se c'è qualcosa che vogliono aggiungere. Ogni riunione si conclude con il leader o i leader che riassumono ciò che è stato discusso e quali decisioni sono state o dovrebbero essere prese.

## Ogni persona dev'essere ascoltata e rispettata senza condizioni

Uno dei principali autori della prospettiva dialogica nella vita umana è stato un filosofo russo Mikhail Bakhtin (1975), il quale diceva che *'per la parola (e di conseguenza per un essere umano) non c'è niente di più terribile di una mancanza di risposta'* (p. 127). Rispettando il principio dialogico secondo cui ogni enunciato richiede una risposta per avere un significato, i membri del team si sforzano di rispondere a ciò che viene detto. Rispondere non significa dare una spiegazione o un'interpretazione, ma piuttosto dimostrare nella propria risposta di aver notato quanto è stato detto, rispettarlo senza condizioni e, quando possibile, aprire un nuovo punto di vista su quanto è stato detto. Questa non è una rinuncia a dare una risposta, ma un adattamento delle proprie parole di risposta al ritmo naturale emergente della conversazione. I membri del team rispondono come persone pienamente incarnate con un genuino interesse per ciò che ogni persona nella stanza ha da dire, evitando l'impressione che qualcuno possa aver detto qualcosa di sbagliato.

Poiché il processo consente a ogni membro della rete di trovare la propria voce, i partecipanti rispondono anche a sé stessi. Per un oratore, ascoltare le sue stesse parole dopo aver ricevuto i commenti in risposta gli consente di capire di più ciò che ha detto. Come ha detto Bakhtin:

*'Il dialogo qui non è la soglia dell'azione, è l'azione stessa. Non è un mezzo per rivelare, per portare in superficie il carattere-già-fatto di una persona; no, nel dialogo una persona non solo si mostra esteriormente, ma diventa per la prima volta ciò che è - e, lo ripetiamo, non solo per gli altri ma anche per sé stesso. Essere significa comunicare dialogicamente.'* (Bakhtin, 1984, 262).

Usando il linguaggio quotidiano con cui i clienti hanno familiarità, le domande dei membri del team facilitano il racconto di storie che incorporano i dettagli banali e le emozioni complicate degli eventi raccontati. Chiedendo i commenti degli altri membri della rete su ciò che è stato detto, i membri del team aiutano a creare un'immagine multiforme dell'evento. In un dialogo riflessivo, i membri del team dirigono attentamente i loro commenti e il loro sguardo l'uno verso l'altro piuttosto che verso i membri della rete, e commentando le loro osservazioni, i membri del team costruiscono nuove parole in modo molto concreto (Andersen, 1991). È importante che i membri del team si impegnino a vicenda nel dialogo sui reciproci commenti quanto lo è fare i commenti stessi. Il dialogo di squadra offre ai membri della rete un'immagine più colorata della loro situazione e a tutti vengono offerte maggiori possibilità di capire cosa sta succedendo.

Sebbene il contenuto della conversazione sia di primaria importanza per i membri della rete, l'obiettivo principale per i membri del team è il modo in cui si parla del contenuto. Più importante che seguire una regola metodologica specifica è essere presenti nel momento, adattando le proprie azioni

a quanto avviene ad ogni svolta del dialogo. Ogni incontro del trattamento è unico; tutte le questioni affrontate negli incontri precedenti acquistano nuovi significati nel momento presente. Includono ciò che possiamo ricordare dai dialoghi precedenti, ma includono anche qualcosa di completamente nuovo, sperimentato per la prima volta. Il compito dei membri del team è quello di aprire uno spazio per questi nuovi significati non pronunciati in precedenza (Anderson & Goolishian, 1988). I membri del team evitano di parlare troppo rapidamente o di andare verso le conclusioni. Tollerare una situazione in cui non sono disponibili risposte o piani di trattamento già pronti consente ai membri della rete di utilizzare le proprie risorse psicologiche naturali. Quando più voci si uniscono alla condivisione della situazione, emergono nuove possibilità. Queste possibilità raramente emergono come un'unica risposta inequivocabile alla domanda su come procedere. Diversi membri della rete vivono in situazioni diverse, persino contraddittorie, e quindi possono avere idee molto diverse sul problema. Considerate una crisi che coinvolge una madre, un padre e un figlio, in cui il figlio, sospettato di abuso di droghe, diventa quasi psicotico. Il padre può essere preoccupato principalmente per la reputazione della famiglia tra i suoi colleghi e la madre per la salute di suo figlio, e il giovane può protestare con rabbia che non ha bisogno di alcun trattamento e che i suoi genitori sono pazzi e dovrebbero cercare cure per se stessi.

### Discorso normalizzante

Impegnati a rispondere come persone pienamente incarnate, i membri del team sono acutamente consapevoli delle proprie emozioni che risuonano con le espressioni di emozione nella stanza. Rispondere a discorsi psicotici strani o spaventosi allo stesso modo di qualsiasi altro commento offre un 'discorso normalizzante', rendendo comprensibili espressioni psicotiche angoscianti come reazioni comprensibili a una situazione di vita estrema in cui vivono il paziente e i suoi cari. La comprensione non implica la liquidazione o la minimizzazione delle difficoltà sperimentate; la risposta del membro del team risuona con il grado di angoscia e difficoltà espresse. In effetti, a volte i membri del team offrono maggiori opportunità ai membri della rete di esprimere sentimenti di disperazione. Ciò contrasta con un approccio orientato alla soluzione in cui il terapeuta cerca di trovare parole più positive per costruire l'esperienza. È importante che le emozioni dei membri della famiglia legate all'esperienza 'non-ancora-detta' si esprimano apertamente negli incontri alla presenza delle persone più importanti della propria vita. Chiarendo che il team rimarrà coinvolto con la rete durante tutto il trattamento, assicurando che tutte le decisioni di trattamento siano discusse e decise congiuntamente, esplorando temi intensamente emotivi in

modo calmo e impegnato e cercando costantemente contributi da tutti i partecipanti, i membri del team forniscono una rassicurante prevedibilità riguardo al procedimento di intervento. I membri della rete imparano che possono fare affidamento sui professionisti per aiutarli a rimanere coinvolti in conversazioni su questioni difficili e angoscianti che non erano state arginate con successo in precedenti conversazioni.

Concentrarsi sull'esperienza emotiva condivisa è stata l'origine della terapia di rete (Seikkula *et al.*, 1995; Speck & Attneave, 1973; Van der Velden, Halevy-Martini, Ruhf & Schoenfeld, 1984). La crisi che spinge i membri della rete a cercare aiuto contribuisce al potente 'carico' emotivo di una riunione. Rispondendo come persona nella sua interezza i membri del team condividono queste emozioni e possono mostrare il proprio coinvolgimento. Il loro modo di parlare calmo e rispettoso è ritmato per consentire la piena esperienza ed espressione dei sentimenti durante la riunione. Se i membri del team cercano di far avanzare la conversazione troppo velocemente in tali momenti, c'è il rischio che ciò avvenga esclusivamente a livello razionale. I ricordi più difficili e traumatici sono immagazzinati nella memoria corporea non verbale (Van der Kolk, 2006). Creare parole per queste emozioni è un'attività di fondamentale importanza. Affinché le parole possano essere trovate, i sentimenti devono essere sopportati. Impiegando il potere delle relazioni umane per contenere emozioni potenti, i membri della rete sono incoraggiati a sostenere intense emozioni dolorose di tristezza, impotenza e disperazione. Un processo dialogico è una condizione necessaria per renderlo possibile. Per supportare il processo dialogico, i membri del team si occupano di come i sentimenti vengono espressi dalle molte voci del corpo: lacrime negli occhi, costrizione alla gola, cambiamenti nella postura ed espressione facciale. I membri del team sono sensibili al modo in cui il corpo può essere così teso emotivamente mentre parla di questioni estremamente difficili da inibire ulteriormente il parlare, e rispondono con compassione per tirare fuori le parole in tali momenti. Le esperienze che erano state immagazzinate nella memoria del corpo come sintomi vengono 'vaporizzate' in parole.

### I migliori esiti si verificano nelle crisi più gravi

In molte occasioni è stato osservato che più pesanti sono le esperienze e le emozioni vissute insieme nell'incontro, più favorevole sembra essere l'esito. Prima della riunione, i membri della rete potrebbero aver dovuto affrontare situazioni insopportabilmente dolorose e avere avuto difficoltà a parlare tra loro dei loro problemi. Pertanto, si sono allontanati l'uno dall'altro quando hanno più bisogno del sostegno reciproco. Nell'incontro i membri della rete trovano possibile vivere la gravità e la disperazione della crisi

anche se sentono la loro solidarietà come famiglia e intima comunità personale. Queste due correnti emotive potenti e distinte percorrono l'incontro, amplificandosi a vicenda in modo ricorsivo. Le emozioni dolorose stimolano forti sentimenti di condivisione e appartenenza insieme. Questi sentimenti di solidarietà, a loro volta, consentono di approfondire i sentimenti dolorosi, generando così sentimenti di solidarietà più forti e così via. In effetti, sembra che il passaggio dal discorso monologico rigido e ristretto al dialogo avvenga da sé quando le emozioni dolorose non sono trattate come pericolose, ma invece lasciate fluire liberamente nella stanza (Trimble, 2000; Tschudi & Reichelt, 2004).

È importante ricordare che tutti i membri della rete stanno lottando con gli incidenti e le esperienze cariche di emozioni che costituiscono la crisi, anche se da posizioni diverse. I membri della famiglia possono aver agito per provocare la crisi, aver vissuto gli effetti della crisi o entrambi. Le allucinazioni di un paziente con problemi psicotici possono incorporare eventi traumatici in forma metaforica. Sebbene l'allusione dei sintomi agli eventi traumatici possa quindi essere inaccessibile agli altri partecipanti presenti all'incontro, essi stessi potrebbero essere stati influenzati da quegli stessi eventi e le loro reazioni emotive da essi stimolate vengono così incorporate. Il carico emotivo di queste interazioni collettive e l'amplificazione degli stati emotivi rendono l'incontro in rete molto diverso da un dialogo tra due individui.

Il carico emotivo durante l'incontro si manifesta raramente come un'enorme esplosione o catarsi. Il più delle volte emerge come piccole sorprese che aprono nuove direzioni al dialogo. Per sua natura, lo scambio emotivo avviene nell'immediatezza del momento e l'esperienza non può essere spostata come tale in un altro momento o luogo. Il risultato dell'incontro è sperimentato più nelle esperienze globali incarnate dei partecipanti che in qualsiasi spiegazione offerta per problemi o decisioni prese alla fine della riunione. Questo può essere insolito per i professionisti abituati a lavorare in modo più strutturato. Il linguaggio dei gesti corporei dei partecipanti comincerebbe a esprimere forti emozioni che, nel linguaggio quotidiano usato nelle riunioni, potrebbero essere meglio descritte come un'esperienza d'amore (Seikkula & Trimble, 2005). Questo non è un amore romantico, ma piuttosto un altro tipo di sentimento d'amore che si trova nelle famiglie che assorbono sentimenti reciproci di affetto, empatia, premura, sostegno amorevole, sicurezza e tranquillità, e profonda connessione emotiva. Una volta che i sentimenti sono stati ampiamente condivisi nell'incontro, l'esperienza di guarigione relazionale diventa palpabile. Questo è ciò che le famiglie in diversi studi di follow-up hanno comunicato essere avvenuto. Possono dire, ad esempio, che l'inizio della crisi è stato molto doloroso quando non si sapeva cosa sarebbe successo. Ma passo dopo passo hanno imparato ad amarsi come era stato prima del terribile evento accaduto nella loro vita.

## Il team aiuta a passare dall'osservazione dei sintomi all'esame accurato della vita e alla tolleranza dell'incertezza

L'attività di costruzione di un nuovo linguaggio condiviso che incorpori le parole che i membri della rete portano agli incontri e le nuove parole che emergono dal dialogo tra i membri del team e della rete offre un'alternativa curativa al linguaggio dei sintomi o del comportamento difficile. Il team aiuta a coltivare una cultura della conversazione che rispetti ogni voce e si sforza di ascoltare tutte le voci. Le azioni essenziali del team verso questo obiettivo includono quanto segue:

- i) Chiedere informazioni in un modo da rendere il racconto delle storie il più semplice possibile e il meno doloroso possibile. Ciò include l'uso del linguaggio quotidiano, la ricerca dei dettagli e l'invito a commentare le risposte delle persone, generando così un'immagine a più voci di un evento.
- ii) Ascoltare con attenzione e compassione mentre ogni oratore si orienta a dare spazio ad ogni espressione, comprese quelle pronunciate in discorsi psicotici o in altri tipi di comportamento agitato. Mostrare apprezzamento per le situazioni di vita estreme che generano idee psicotiche e sentimenti di disperazione.
- iii) Condurre un dialogo riflessivo tra i membri del team, commentando non solo le espressioni dei membri della rete, ma anche le reciproche impressioni sulle espressioni dei membri della rete. Questo processo ricorsivo aiuta i membri del team, altri professionisti della riunione e membri della rete a tollerare l'incertezza di una situazione in cui non ci sono risposte rapide per problemi difficili e nessuna decisione rapida per il trattamento. Tollerando questa incertezza, i membri della rete scoprono nella loro condivisione della situazione le risorse psicologiche per rispondere alla domanda su come andare avanti.

Dopo che i membri del team sono entrati nella conversazione adattando le loro espressioni a quelle della persona al centro dell'interesse e dei suoi parenti più stretti, i membri della rete potrebbero col tempo adattare le proprie parole a quelle della squadra. Questo aiuta a capire di più quando si sperimenta l'altro come capace di comprensione di se stessi. Se uno scopre di essere ascoltato, può diventare possibile iniziare ad ascoltare e diventare curioso delle esperienze e delle opinioni degli altri. Insieme, i membri del team e della rete costruiscono un'area di linguaggio comune in cui giungono ad accordi sull'uso particolare delle parole nella situazione. Questo linguaggio comune, che emerge nell'area tra i partecipanti al dialogo, esprime la loro esperienza condivisa degli incidenti e delle emozioni incorporate in essi (Haarakangas, 1997). Ascoltando il dialogo riflessivo dei membri del team, i membri della rete scoprono nuove possibilità di significato per la situazione. Dai dialoghi interni riflessivi emergono nuovi modi di intendere la situazione problematica che, quando vengono poi pronunciati ad alta

voce, conducono il dialogo di gruppo verso nuove possibilità prima sconosciute.

Così come i sintomi sono esperienze complete e incarnate, così il nuovo linguaggio è generato attraverso esperienze complete e incarnate più che dalla spiegazione razionale. È diventato evidente che si tratta di un processo fortemente incarnato di sincronizzazione tra tutti i partecipanti all'incontro (Seikkula *et al.*, 2018). Nello studio della Mente Relazionale abbiamo avuto la possibilità di guardare alla partecipazione incarnata ai dialoghi terapeutici. È stato notato che in momenti di forte eccitazione del sistema nervoso autonomo dei pazienti in terapia e dei terapeuti si verificava raramente una nuova comprensione dialogica. Il cambiamento dialogico spesso è iniziato dopo il punto di eccitazione, quando le persone hanno iniziato a calmarsi. Sembra importante lasciare il posto dell'eccitazione, per esempio sentire la tristezza senza alcun significato, e fare commenti da parte dei terapeuti. Dopo essersi calmati il clima è più adeguato a fare domande riflessive, in cui i clienti hanno la possibilità di dare parole alle loro esperienze. Quando i membri della rete condividono sentimenti di solidarietà, iniziano a dare voce a ciò che non è stato ancora detto. Condividere questioni difficili può sembrare minaccioso se i precedenti tentativi hanno portato a dolorosi fallimenti. Si impara che iniziare ad essere aperti con le proprie esperienze spesso significa che gli altri presenti all'incontro, anche quelli silenziosi, diventano essi stessi più aperti e più capaci di fidarsi l'uno dell'altro e nella convinzione che le questioni difficili siano possibili da gestire. Mentre il team e la rete vivono le esperienze che trovano così la loro strada nella stanza, la loro esperienza emotiva condivisa consente alle parole familiari dei membri della rete di essere organizzate in nuove comprensioni, storie in cui ogni partecipante può affrontare il proprio trauma e gestire il proprio o le proprie emozioni. È quando il nuovo linguaggio cattura la storia originale, inespressa, angosciante e il contesto da cui sono emersi i primi sintomi che il dialogo inizia a compensare i sintomi. Quando i membri della rete trovano il linguaggio per le loro esperienze traumatiche, sia le situazioni descritte che le emozioni ad esse associate diventano controllabili. I fattori curativi contribuiscono alla creazione della comunità. La comunità è sostenuta e rivitalizzata dalla condivisione collettiva di sentimenti potenti, con il processo di sintonizzazione reciproca che fa emergere le nostre capacità relazionali più profondamente umane.

## Modi ideali per organizzare dialoghi nella rete

Il Dialogo Aperto è stato avviato per la prima volta nella provincia finlandese di Länsipohja, nella parte occidentale della Lapponia. Per questo motivo nella letteratura inglese è chiamata Lapponia occidentale. Durante lo sviluppo dell'approccio sono stati condotti diversi studi per comprendere il nuovo

sistema di cura e per svilupparne le pratiche. In questi studi si è notato che un dialogo ottimale sembra presupporre che il sistema di cura sia organizzato in un certo modo. Il sistema di trattamento è guidato da sette principi fondamentali, definiti in un progetto di ricerca a metà degli anni '90 (Aaltonen *et al.*, 2011). Quindi in una cura ottimale di una situazione di grave crisi: i) il primo incontro dovrebbe essere organizzato immediatamente durante la crisi, entro 24 ore dal contatto con i servizi di salute mentale; ii) la rete sociale del paziente, compresa la famiglia e i professionisti che lavorano con questa specifica famiglia, dovrebbero essere sempre invitati a partecipare, dall'inizio e per tutto il tempo necessario; iii) il trattamento dovrebbe essere adattato in modo flessibile alle specifiche esigenze del paziente e della famiglia, utilizzando i metodi terapeutici più adatti al caso in questione. L'idea centrale è integrare i diversi metodi di terapia nel modo ottimale; iv) i sistemi di salute mentale dovrebbero garantire che persone/équipe specifiche si assumano la responsabilità del trattamento, organizzando un'équipe caso-specifica che prenderà decisioni insieme alla famiglia riguardo a tutta la pianificazione del trattamento e le azioni da intraprendere; v) il team dovrebbe mirare a garantire la continuità psicologica invitando i membri del personale di diverse strutture a collaborare, per tutto il tempo necessario; vi) il processo dovrebbe tollerare l'incertezza e per potenziarla il team dovrebbe mirare a promuovere un senso di sicurezza, generando un processo terapeutico di condivisione al fine di mobilitare le risorse psicologiche della famiglia e della rete sociale; vii) il team dovrebbe concentrarsi sulla generazione del dialogo negli incontri di terapia congiunta, per creare nuove parole e un nuovo linguaggio comune per esperienze che in precedenza non avevano parole.

### Una situazione in cui due persone avevano bisogno di aiuto contemporaneamente

Per illustrare brevemente come funziona il sistema di cura e come avviene il dialogo negli incontri presenterò un caso che faceva parte dei già citati progetti di ricerca con pazienti psicotici al primo episodio in Dialogo Aperto. Il fratello gemello di Lisa era stato portato alle cure primarie durante il fine settimana a seguito di un tentativo di suicidio (Seikkula *et al.*, 2001). Lunedì mattina, il suo medico di base ha contattato uno psicologo presso l'ambulatorio di salute mentale locale. Facendo parte dell'area di assistenza territoriale di Dialogo Aperto, nella provincia è disponibile uno specifico luogo per crisi acute per garantire l'immediata organizzazione dell'incontro. Prese subito contatto con il centro di crisi e insieme organizzarono un'équipe composta, oltre a lui, da un infermiere dello stesso ambulatorio e da un medico e uno psicologo del centro di crisi. La squadra ha fatto una visita a casa lo stesso giorno nel pomeriggio. Alla prima riunione erano presenti Lisa, sua madre, suo

padre, un gemello e un fratello minore. Lisa ha iniziato a parlare delle sue personali teorie filosofiche e delle sue delusioni di vedere persone con la testa di toro. Il team ha tollerato questa storia inaspettata e ha iniziato a parlare con Lisa e il resto della famiglia. Erano un po' sorpresi, poiché sapevano di essere venuti per il fratello gemello di Lisa, ma sua madre disse loro che erano preoccupati per entrambi i fratelli. È emerso presto che entrambi avevano in realtà gravi idee psicotiche.

Dissero che Lisa era tornata a casa un anno fa. Durante gli ultimi quattro mesi entrambi i gemelli si erano isolati. Sembra che da 25 mesi Lisa avesse idee psicotiche e che non avesse altre relazioni al di fuori della famiglia. Cinque mesi prima suo fratello gemello l'aveva seguita nella loro baita - dove vivono adesso - e dove nel fine settimana aveva assunto una overdose di tranquillanti.

All'inizio sono stati organizzati incontri di trattamento aperto tutti i giorni. Soprattutto il primo è stato piuttosto agitato a causa del litigio tra Lisa e suo padre. In particolare, Lisa ha accusato il padre di essere stato crudele verso il figlio anni fa costringendolo a fare sport. Il padre si è infuriato per queste accuse e in seguito hanno riferito che la lite era continuata la sera a casa dopo che l'équipe era andata via. Durante i primi due mesi sono stati organizzati complessivamente nove incontri. Dopo i due primi incontri con molti litigi gli incontri hanno sviluppato una qualità sempre più psicoterapeutica e sono emersi molti episodi di confronto riflessivo tra i membri dell'équipe. Nel sesto e settimo incontro, Lisa espresse nuovamente rabbia e odio nei confronti di suo padre a causa della percezione che aveva del suo comportamento durante la loro infanzia. Sembrava che, per la prima volta, fosse stato possibile per lei costruire le parole per descrivere le sue difficili esperienze con il padre.

All'inizio del processo, il medico di base ha prescritto neurolettici, che Lisa ha cercato di prendere in cinque occasioni ma alla fine ha deciso di interrompere perché, come ha detto durante l'intervista di follow-up dopo due anni, 'Tutto il mondo è diventato buio e immobile, non avevo più pensieri.' Dopo due mesi, è stata avviata la psicoterapia individuale con uno psicologo che era un membro del team di crisi. Ciò è stato fatto d'intesa comune dietro proposta del team. Durante questa fase, Lisa ha avuto ancora occasionalmente importanti esperienze psicotiche. Dopo sei mesi, Lisa ha deciso di interrompere la psicoterapia, si è allontanata da casa e non ha risposto ai tentativi di contatto del medico che voleva sapere come stava.

Come parte di uno studio di follow-up sono stati organizzati colloqui con la famiglia dopo due e cinque anni. Durante il colloquio di follow-up dei due anni, Lisa ha detto che aveva iniziato a studiare filosofia e che non aveva sintomi psicotici rimanenti. Aveva deciso che lei stessa doveva trovare una via d'uscita ai suoi problemi, ed era per questo che aveva interrotto la psicoterapia e si era trasferita. Ha anche detto di essersi resa conto che non era un bene

per lei vivere vicino alla sua famiglia, poiché questo portava facilmente a litigi. Per lei era meglio vivere senza troppi contatti con la sua famiglia. Aveva avuto deliri psicotici per circa sei mesi dopo aver interrotto la psicoterapia, ma, da allora, i sintomi non si erano ripresentati. Nell'intervista di follow-up dopo cinque anni, ha detto di essersi presa una pausa dai suoi studi. Per tre anni ha lavorato come donna delle pulizie a tempo pieno, era sposata e ha parlato dei suoi piani per avere un bambino.

I sette principi erano stati realizzati in buona misura. Il primo incontro era avvenuto subito lo stesso giorno del contatto con il medico di base, e fin dall'inizio è stata coinvolta la rete sociale più vicina, anche se successivamente la motivazione dei genitori è diminuita. Lo stesso team ha garantito la continuità psicologica durante tutto il processo, compreso il passaggio dalle sedute familiari alla psicoterapia individuale. Il processo ha permesso di tollerare dei periodi incerti con discorsi allucinatori e con l'odio che Lisa esprimeva verso suo padre. Durante le numerose fasi critiche del processo, il dialogo è stato generato e mantenuto. Ciò era già evidente al primo incontro, in cui il team non si è concentrato sulla diagnosi della psicosi, ma piuttosto ha sottolineato la generazione di un dialogo in cui la famiglia potesse esporre il problema nel proprio linguaggio.

## Discussione e conclusioni

Una qualità unica dell'approccio Dialogo Aperto è la sua connessione intrecciata con la ricerca continua nel setting naturale (Seikkula, 2019). Quando iniziammo a sviluppare la pratica nella Lapponia Occidentale Finlandese all'inizio degli anni '80, dopo le prime confuse esperienze nella nuova pratica aperta, fu rilevata l'importanza di iniziare a indagare sulle idee di base dei processi di trattamento e sui risultati del nuovo approccio. Dal 1988 e per tutto il tempo gli studi sono stati parte regolare del sistema e l'approccio è stato sviluppato sulla base della ricerca. Le idee di pratica dialogica sono nate negli studi sui processi di incontri aperti e il concetto di *Dialogo Aperto*, in quanto esito dell'intero sistema di assistenza di comunità, è nato come risultato di un'analisi qualitativa dei contenuti. L'importanza di questa ricerca non è principalmente per avere le informazioni sull'efficacia del metodo al fine d'informare la comunità esterna su di esso, ma il contrario. La ricerca è necessaria per sviluppare la pratica.

Il secondo elemento essenziale nell'approccio *Dialogo Aperto* è la formazione continua del personale e, nei diversi luoghi, delle persone con la propria esperienza vissuta. A Tornio, la formazione è stata pianificata per la durata di tre anni garantendo la qualifica di psicoterapeuti secondo la legge Finlandese. Nella maggior parte dei luoghi al giorno d'oggi la formazione è di un anno permettendo ai teams di imparare a lavorare insieme in modalità dialogiche.

Trasferendosi dalla Lapponia Occidentale in altre parti del mondo, il metodo Dialogo Aperto è stato applicato in diversi modi nel rispetto delle differenze culturali riguardanti l'amministrazione e le organizzazioni sanitarie. Quello che mi ha sorpreso è la qualità generale dei dialoghi negli incontri. I dialoghi sembrano davvero percorrere lo stesso tipo di percorso negli incontri di *Dialogo Aperto* in Cina come negli Stati Uniti o in Italia. Nonostante le importanti differenze culturali, il dialogo sembra seguire le stesse linee. È la base della vita umana in qualunque contesto.

Il terzo fenomeno a cui prestare molta attenzione è il difficile compito di adottare capacità dialogiche. In alcuni luoghi le idee di base sono state adottate facilmente, in altri ha comportato davvero delle sfide sia in termini di organizzazione del sistema di cura che di partecipazione agli incontri. Alcuni studi hanno analizzato le esperienze nei programmi di formazione. La formazione *Dialogo Aperto* è spesso distinta dall'apprendimento tradizionale e si basa sull'approccio esperienziale all'apprendimento, che, come viene riferito, genera forti esperienze emotive (Buus *et al.*, 2019; Pope *et al.*, 2016; Stockmann *et al.*, 2017). Pope *et al.* (2016) hanno riscontrato che la formazione adattata alle esigenze mancava della chiarezza didattica di programmi di formazione più documentati e alcuni partecipanti hanno trovato la formazione disorganizzata. Putman (2015) riferendosi alla formazione *Dialogo Aperto* ne evidenzia l'impressione di 'disimparare' che può assumere molte forme. Questo deriva dal fatto che l'apprendimento 'precedente' - sia attraverso lo sviluppo personale che l'apprendimento professionale convenzionale - può essere estremamente limitante nei contesti di *Dialogo Aperto*. Schubert *et al.* (2020) hanno esplorato l'identità professionale di psicologi clinici e psichiatri Australiani dopo la loro formazione introduttiva sul *Dialogo Aperto*. La formazione potrebbe facilitare opportunità per assumere posizioni alternative nel lavoro clinico che in misura maggiore ha coinvolto il loro sé, e che a volte è stato percepito come "Esporre il professionista" mettendolo in una posizione vulnerabile.

Questi commenti sono perfettamente in linea con le esperienze che ho riscontrato nel mio ruolo di responsabile dei programmi di formazione. La sfida è trovare un equilibrio tra struttura - sempre necessaria nell'apprendimento di nuove abilità - e l'incertezza dialogica sempre necessaria per apprendere soprattutto le abilità dialogiche.

#### BIBLIOGRAFIA

- Aaltonen, J., Seikkula, J., & Lehtinen, K. (2011). Comprehensive open-dialogue approach I: Developing a comprehensive culture of need-adapted approach in a psychiatric public health catchment area the Western Lapland Project. *Psychosis*, 3, 179-191.
- Alanen, Y. (1997). *Schizophrenia. Its origins and need-adapted-treatment*. London: Karnak Books.

- Alanen, Y., Lehtinen, K., Rääköläinen, V. & Aaltonen, J. (1991). Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 363-372.
- Andersen, T. (1991). *The reflecting team: dialogues and dialogues about the dialogues*. New York, NY: Norton.
- Andersen, T. (1995). Reflecting processes; acts of forming and informing. In Friedman, S. (Ed.). *The reflecting team in action* (pp. 11-37) New York, NY: Guilford.
- Anderson, H., & Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27, 371-393.
- Bakhtin, M. (1975). *Speech genres and other late essays*. Austin: University of Texas Press.
- Bakhtin, M. (1984). *Problems of Dostojevskij's poetics: Theory and history of literature* (Vol. 8). Manchester: Manchester University Press.
- Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Mäki, P., Kögäs-Saviaro, P., Taskila, J. J., Tolvanen, T., & Aaltonen, J. (2018). The family-oriented Open Dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry Research*, 270, 168-175. doi:10.1016/j.psychres.2018.09.039.
- Buus, N., Jacobsen, E., Bojesen, A. & Erlangen, A. (2019). The association between Open Dialogue to young Danes in acute psychiatric crisis and their use of health care and social services: A retrospective register-based cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 91, 119-127. doi:10.1016/j.ijnurstu.2018.12.015.
- Haarakangas, K. (1997). Hoitokokouksen äänet. The voices in treatment meeting. A dialogical analysis of the treatment meeting conversations in family-centred psychiatric treatment process in regard to the team activity. English Summary. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, 130, 119-126.
- Pope, L. G., Cubellis, L., & Hopper, K. (2016). Signing on for dirty work: Taking stock of a public psychiatry project from the inside. *Transcultural Psychiatry*, 53(4), 506-526.
- Putman, N. (2015). What constitutes an Open Dialogue training? Education, education, education. *Context*, (138), 34-35.
- Schubert, S., Rhodes, P. & Buus, N. (2020). Transformation of professional identity: an exploration of psychologists and psychiatrists implementing Open Dialogue. *Journal of Family Therapy*, First published: 23 January 2020. doi:10.1111/1467-6427.12289.
- Seikkula, J. (2019). From research on dialogical practice to dialogical research: Open Dialogue is based on all the time ongoing scientific analysis. In Ochs, M., Borcsa, M., & Schweitzer, J. (Eds.) *Linking systemic research and practice - innovations in paradigms, strategies and methods. (European Family Therapy Association Series, Volume 4)*. Cham: Springer International.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Sutela, M. (1995). Treating psychosis by means of Open Dialogue. In Friedman, S. (Ed.), *The reflective team in action: Collaborative practice in family therapy* (pp. 62-80). New York, NY: Guilford Press.
- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2001). Open Dialogue in psychosis II: A comparison of good and poor outcome cases. *Journal of Constructivist Psychology*, 14, 267-284.
- Seikkula, J., Karvonen, A., Kykyri, V-L, Penttonen, M. & Nyman-Salonen, P. (2018). The relational mind in couple therapy: a Bateson-inspired view of human life as an embodied stream. *Family Process*, 57, 855-866. doi:10.1111/famp.12382.
- Seikkula, J. & Trimble, D. (2005). Healing elements of therapeutic conversation: Dialogues as an embodiment of love. *Family Process*, 44(3), 463-477.
- Shotter J. (1993). *Cultural politics of every day life. Social constructionism, rhetoric and knowing of the third kind*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Speck, R., & Attneave, C. (1973). *Family networks*. New York: Pantheon.
- Stockmann, T., Wood, L., Enache, G., Withers, F., Gavaghan, L., & Razaque, R. (2017). Peer-

- supported Open Dialogue: a thematic analysis of trainee perspectives on the approach and training. *Journal of Mental Health*, 1-7. doi:10.1080/09638237.2017.1340609.
- Trimble, D. (2000). Emotion and voice in network therapy. *Netletter*, 7(1), 10-15. Retrieved: July 10, 2004, from: <http://www.netletter.org>
- Tschudi, F., & Reichelt, S. (2004). Conferencing when therapy is stuck. *Journal of Systemic Therapies*, 23, 38-52.
- van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C., & Weisaeth, L. (Eds.) (2006). *Traumatic stress*. New York, NY: Guilford.
- Van der Velden, E., Halevy-Martini, J., Ruhf, L., & Schoenfeld, P. (1984). Conceptual issues in network therapy. *International Journal of Family Therapy*, 6, 68-81.

Non-commercial use only

---

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 17 febbraio 2021.

Accettato per la pubblicazione: 12 giugno 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

*Ricerca Psicoanalitica* 2021; XXXII:529

doi:10.4081/rp.2021.529

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

**A few considerations about:**

***Open Dialogue - a new psychotherapeutic approach oriented towards human rights so as to devise humanistic psychiatric services***

Giuseppe Riefole\*

I read Seikkula's contribution to this issue with great interest. Let me first say that I do not consider myself an expert on *Open Dialogue* (OD), but I can count on my long experience of working in local Italian Public Mental Health Services and my clinical work as a psychoanalyst in the psychoanalytic room. I must also state that for me the two positions are inextricably connected as I feel psychoanalytic both during analysis and when conducting other services. Moreover, I have experience of interventions with psychotic and borderline patients in the acute phase and in outpatient settings. In these settings I find there is a deep harmony with the OD approach. I agree with the central position of OD whereby dialogue is represented not so much in its 'communicative' function, but in its representation dimension of the subject as a creative act of new meanings. Furthermore, communication, according to van der Kolk (2014) and other psychoanalysts who have an intersubjective approach, has the function of narrating and presenting emotions which have never been described before to an interlocutor. I had an idea that is in line with certain psychoanalytic approaches which suggest that dissociation is a physiological tool for mental organization (Bromberg, 2006). The use of dialogue can be represented as a tool that activates the physiological 'dissociative process', removing the impasse position that characterizes the patient on a clinical level, as a block with repetitiveness and rigidity (Ginot, 2015). Lastly, there is no doubt that a 'needs-based approach' opens up channels for sharing and communication with the most needy and distressed states that are the basis of psychotic suffering, especially in the acute phase. A psychoanalyst must ask himself/herself what is meant by 'needs', and therefore, if in the so called

---

\*Psichiatra, membro ordinario della Società Psicoanalitica Italiana.  
E-mail: giusepperiefole1@gmail.com

'needs-based approach' there are collusion and suggestion positions implicated - and to what extent - (these are elements that are always present in psychotherapeutic processes, but the problem is how to evaluate them and what use to make of them...). The results evidently document this important change compared to 'treatment as usual' (TAU). In line with this, it has also been reported that if one tries to treat (I would prefer to say, in a Winnicottian way, *take care of*) patients, from the beginning, treatments would be more economical due to a reduction in hospitalizations, subsidies, retirement and use of medicines.

At this stage I will try to discuss two issues with this approach, but I want to reiterate my full acknowledgment of the positive potential of OD. On the one hand I am interested in understanding what the specific factors of the OD approach are, and on the other, what the indications to which OD is proposed as a more capable approach are.

Regarding the first issue, in my opinion, the evaluation of a therapeutic method cannot be avoided. I believe we cannot escape clarifying what we mean by 'specific and aspecific factors'. Some researchers have dealt with this when trying to evaluate the efficacy of a therapeutic approach (Migone, 1996; Roth & Fonagy, 1997; Stern, 1995). Even so, most studies (I must confess I know only a few and mainly those in the psychoanalytic field...) find that therapeutic approaches are valid for the first six months, independently of the characteristics of each specific model used. The aspecific factors communicate to the patient that we are willing to accommodate him/her, to share in their pain and impotence together and to give a sufficient dose of hope in the resolution of the block caused by psychotic suffering. I believe it important, in an aspecific way, that 'once sentiments have been widely shared in the session, the experience of relational treatment becomes palpable'. I consider aspecific elements to be the central and determining parts of a successful approach, for instance: intervention within the first 24 hours; involving all the patient's significant others; and the direct involvement of the patient in defining the therapeutic process. These are all positions of high subjective availability on behalf of the therapist that surely - independently of the clinical model used - result in improvements of the clinical picture of the patient. I repeat that I am not an expert in OD, but the issue of specificity of the OD approach remains. Those that Seikkula refers to as specific factors of the OD approach, can all be seen in other models. For example: 'attention is given to strengthening the adult side of the patient and normalizing the situation, rather than concentrating on regressive behaviour'. This is an approach used also in relational, intersubjective, Ferenczian and Winnicottian psychoanalysis. If anything, we could ask ourselves in this case what Seikkula means by 'the adult side of the patient'. The OD approach evidently refers to the more operative, concrete and competent dimension of the patient. The relational analytic approach refers to the competence of the patient in knowing how to recognize

his/her abilities in the creative order that, in any case, are not in contradiction with the recognition of concrete competences of the patient. One of the most important aspecific elements is the trust that the therapist tries to earn - directly and concretely - from the patient. In line with this, it is also true that the best results are obtained the more the patient or the situation is serious and that in these cases solidarity is a communication of a strong tuning into the patient - as Kohut could have suggested (1984) - that 'when one empathizes with a psychotic, from that moment forward the patients stops being one'.

Subsequently we have the specific factors. For family or cognitive behavioural therapy, the idea is to undo the pathological bonds that tie members of the family together and that assign the patient as designated bearer and more fragile member of the entire pathological family system. In a psychoanalytic approach it is about accommodating the communication of the patient on a transference level and also about projective identification; giving back to the patient his/her modulated identifications that have been transformed by the participation of the analyst (Bion, Ogden, Bollas, Ferro...). There is also the solicitation of acting-out on behalf of the analyst through enactments brought about by the patient (Bromberg, 2006; Boston Change Process Study Group, 2010; Boaccara, Meteangelis & Riefolo, 2018) and read according to codes of intersubjective dialogue and reciprocity (Benjamin, 2017; Reis, 2020). In the end, the 'seven fundamental principles' on which OD is based could be seen as essentially aspecific and thus, common to other therapeutic approaches of a psychodynamic order. For example, when members of a treatment team feel emotional, they are asked to 'tolerate intense emotional states brought about during the session'. This is all very well, but we could ask ourselves: what use do therapists have of this sharing of intense emotional states? It is obvious that the patient, in sharing, recognizes actively that he/she is able to modify the emotional state of the caregiver (Stern, 1985). However, in what way does that emotional state and to what extent does it belong to the patient (transference) and as such puts the therapist in a dimension of '*role responsiveness*' (Sandler, 1997) or asks the therapist to reconstitute the dissociative elements of the Self that tune into the dissociative states of the patient?

The second issue that stems from reading Seikkula's proposal is to ask we to what models OD refers to in order to reaffirm the specific difference (compared to other approaches) and more importantly the enhanced therapeutic potential. The first model of confrontation (which I would say is inevitable) is with descriptive and objectifying psychiatry. Indeed, OD presents itself as an alternative to the 'monological rigid and limited discussion'. This obviously allows for positive results because we acknowledge the violence and restricted openness to dialogue in traditional psychiatry. The references could be on a different level and perhaps, more specific. For example, how could the discussions be carried out in services for Borderline

patients such as those of Russel Meares in Australia (which are in fact characterized by a dimension of opening up creative dialogue), or the patients of Marsha Linehan or Fonagy and Target with their therapeutic models? The comparison with traditional psychiatry, in my view, does not say much because the bar of traditional psychiatry is notoriously low or inadequate.

On a dynamic level the other comparison model seems to be family therapy, represented in its dimension of coded position and enclosed within a rigid setting especially when we refer to a 'professional used to working in a more structured way'. However, the OD approach can allow for an opening up to the setting and more solicitations to the direct participation of the patient. I agree, especially in the case of serious episodes or psychotic states, that a family therapy setting can result in difficult application and the proposal can be felt as distant and violent on behalf of the patient. In a more implicit way, it seems to me that a third level of comparison is the psychoanalytic one. In any case and always in line with the 'aspecificity' of the structural elements of OD, every other therapeutic method used in psychotic situations is called to modulate its setting to accommodate the psychotic symptomatology of the subject positively. Compared to other models, OD has the advantage of expanding its position of 'accommodation and solidarity', actively within the family context of the patient and within the multidisciplinary team. It is certainly an advantage (but I believe this to also be aspecific) that it has positive outcomes as it communicates the possibility of experiencing relational harmony that breaks the autistic niche in which the patient defensively shelters himself/herself in during the psychotic explosion.

There are two levels of limitation to be considered. The first limitation is that OD seems to me to stop short at 'sharing and solidarity' of psychotic suffering, without grasping the transference communication dimension that - on a psychotic register - asks the therapist to get to know intimately, or even somatically (in the sense that it is a presymbolic register that perhaps is evident through actions, impotence, failure, errors and thus in enactment) what the specific nature of the psychological suffering of the patient is in that precise moment and with that subject. Another limitation that - as a psychoanalyst - I find in the OD approach is the sort of idealization of 'good practice' represented above all in the concrete dimension.

For me the risk is that we idolize the theoretical and clinical position keeping it separate from concrete feasibility. In this sense my position is clear: as clinicians we must 'do our best with what we have' (Winnicott). If we refer to ideal solutions which are concretely unfeasible this represents a potentially violent position and non-assumption of clinical responsibility. This position has, over the years, constantly led to positions of serious 'lament' (Riefolo, 2017) on behalf of operators towards the frustrating impossibility to carry out overdetermined projects. While our task should be to find an environment that allows for the highest level of relationship pos-

sible (tuning in) with the patient even when this tuning in solicits the sharing of impotence towards concrete needs. A possible doubt could be that the OD approach is implicitly organized around a concrete availability of services in a northern European society such as the Finnish one. I would find it very violent to propose an intervention model that is possible in Finland but that does not consider the peculiarities in the context in which we are called to intervene. It is not a problem of more or less resources (indeed we all know that in some cases there is a waste of economic resources with anti-therapeutic results), so rather than costs, it is about a cultural clinical problem where a therapist must use concrete elements creatively and which he/she - truly - possesses (Riefolo, 2020). On a dynamic level, this means having the possibility of creating a specific setting that can accommodate psychotic suffering. OD proposes the use of 'natural settings', but this is different - on a dynamic level - from *making the setting* using the natural elements that are available and that before they can be accepted, they must be used. The setting is a specific tool that attributes meaning to what happens. A simple example: it is one thing to positively accept that a patient asks to eat on his/her own during a psychotic crisis until he/she feels reassured. It is another thing to read these movements that the patient makes in eating on his/her own, or with others as availability to trust therapists and thus access treatment. The difference between the first and second position is the use of the setting according to a natural or transference register.

In psychodynamic psychiatry (especially in psychoanalysis), the setting, with its rules and 'limitations' is an integral part of the process. All that happens (or does not happen) in the setting has immediate references to dynamic unconscious potentials. What I mean to say is that if in a service which has serious concrete shortcomings, I make concrete and unachievable proposals, this is not simply an 'oversight', but a violent and manic position that resolves the impotence of the patient, but does not accept it and projects it violently into contexts that we are not involved in. (Riefolo, 2017). In summary, we must remember that OD in an Italian context (unlike in the case presented) must acknowledge that it is not possible for the 'GP to immediately contact a psychologist in their local mental health clinic' or that there may not be a 'specific place for acute crises to guarantee the immediate organization of a meeting' available and that in one day there is the possibility of organizing an intervention team for the crisis or that this team can carry out 'a home visit that same day in the afternoon.'

In conclusion: I want to reiterate the profound conviction that the theory of OD is extremely interesting and valid on a psychodynamic level, I have tried to discuss the possible specific factors of the approach and, within a dynamic setting, the outcome of the process of feasibility of these positions; it is my conviction that the feasibility cannot be separated from the therapeutic process and is particularly connected with the outcomes of treatment.

## REFERENCES

- Benjamin, J. (2017). *Il riconoscimento reciproco*. Milano: Cortina.
- Boccaro, P., Meterangelis, G., Riefolo, G. (a cura di) (2018). *Enactment. Parola e azione in psicoanalisi*. Milano: Franco Angeli.
- Boston Change Process Study Group (2010). *Il cambiamento in psicoterapia*. Milano: Cortina.
- Bromberg, Ph. M. (2006). *Destare il sognatore*. Milano: Cortina.
- Ginot, E. (2015). *Neuropsicologia dell'inconscio*. Milano: Cortina.
- Kohut, H. (1984). *La cura psicoanalitica*. Torino: Bollati-Boringhieri.
- Migone, P. (1996). La ricerca in psicoterapia: storia, principali gruppi di lavoro, stato attuale degli studi sul risultato e sul processo. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, CXX(2), 182-238.
- Reis, B. (2020). *Il potere creativo. Dell'esperienza intersoggettiva*. Roma: Astrolabio.
- Riefolo, G. (2017). Dinamiche di lamentazione nei servizi territoriali. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, CLI(1), 75-94.
- Riefolo, G. (2020). Servizi. La parabola vitale del gruppo degli operatori. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, CXLIV(3), 9-31.
- Roth, A., Fonagy, P. (1997). *Psicoterapie e prove di efficacia. Quale terapia per quale paziente*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Sandler, J. (1976). Countertransference and role responsiveness. *International Journal of Psychoanalysis*, 3, 43-47.
- Stern, D. (1985). *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Stern, D. (1995). *La costellazione materna*. Torino: Bollati Boringhieri.
- van der Kolk, B. (2014). *Il corpo accusa il colpo*. Milano: Cortina.

---

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received for publication: 9 August 2021.

Accepted for publication: 28 August 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

*Ricerca Psicoanalitica* 2021; XXXII:589

doi:10.4081/rp.2021.589

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

## ***Alcune considerazioni a: Dialogo Aperto - un nuovo approccio psicoterapeutico e orientato ai diritti umani per costruire servizi psichiatrici umanistici***

Giuseppe Riefolo\*

Ho letto con interesse il contributo che Seikkula propone in questo numero. Premetto che non mi considero un esperto di *Open Dialogue* (OD), ma posso contare su una lunga esperienze di lavoro presso i servizi psichiatrici territoriali italiani simultaneamente ad un lavoro clinico come psicoanalista nella stanza di analisi. Premetto anche che per me le due posizioni sono profondamente connesse in quanto mi sento profondamente psicoanalista nella stanza di analisi che nei servizi. Peraltro, ho una lunga esperienza di interventi con pazienti psicotici e border in situazioni di acuzie o di trattamento ambulatoriale. In questa linea trovo profonda sintonia con l'approccio di OD. Concordo con la posizione centrale di OD è che il dialogo sia rappresentato non tanto nella sua funzione di 'comunicazione', quando nella dimensione di rappresentazione del soggetto e come atto creativo di significati nuovi' (p. 8). Inoltre, la comunicazione, nella linea di van der Kolk (2014), come per molti psicoanalisti soprattutto di impostazione intersoggettiva, ha la funzione di rendere narrabili e presentabili ad un interlocutore emozioni mai descritte prima. Ho pensato che, nella linea di alcune posizioni psicoanalitiche che suggeriscono la dissociazione come dispositivo fisiologico della organizzazione mentale (Bromberg, 2006), l'uso del dialogo possa essere rappresentato come un dispositivo che attiva il fisiologico 'processo dissociativo' rimuovendo la posizione di *impasse* del paziente caratterizzata, sul piano clinico, da blocco, ripetitività e rigidità (Ginot, 2015). Infine, non c'è da dubitare che 'un approccio basato sul bisogno' apra canali di condivisione e comunicazione con gli stati più bisognosi e feriti che sono alla base della sofferenza psicotica soprattutto acuta. Uno psicoanalista, ovviamente si chiede che cosa si intenda per 'bisogno' e, quindi, se nel cosiddetto 'approccio basato sul bisogno' siano implicate - e in quale misu-

---

\*Psichiatra, membro ordinario della Società Psicoanalitica Italiana.  
E-mail: giusepperiefolo1@gmail.com

ra - posizioni di collusione o suggestione (sappiamo elementi sempre presenti nei processi psicoterapeutici, ma il problema è come valutarli e che uso farne...). I risultati ovviamente documentano questo cambiamento importante rispetto alle TAU (*terapia as usual*). In questa linea viene documentato che, se ci si impegna nella cura (direi, in senso winnicottiano, nel *prendersi cura*) dei pazienti, magari sin dall'esordio, i trattamenti risultano più economici per riduzione dei ricoveri, sussidi, pensionamenti e uso di farmaci.

A questo punto, e ribadendo un pieno riconoscimento delle potenzialità positive dell'approccio OD, cercherò di discutere due quesiti. Da un lato sono interessato a capire quali siano i fattori specifici dell'approccio OD e dall'altro quali siano i riferimenti rispetto a cui OD si propone come più capace.

Riguardo al primo quesito, a mio parere la valutazione di un metodo terapeutico, ritengo non possa evitare una precisazione di che cosa intendiamo per 'fattori specifici e aspecifici'. Se ne sono occupati, necessariamente tutti colori, i quali cercano di valutare l'efficacia di un approccio terapeutico (Migone, 1996; Roth & Fonagy, 1997; Stern 1995). Ebbene, la gran parte degli studi (io confesso che ne conosco solo alcuni e soprattutto quelli ad indirizzo psicoanalitico...) riconoscono che gli approcci terapeutici siano validi per i primi sei mesi indipendentemente dalle caratteristiche precise del modello utilizzato. I fattori aspecifici soprattutto comunicano al paziente la disponibilità all'accoglienza, il rispetto per la sintomatologia, la solidarietà per la sofferenza provata dal paziente, la condivisione per il dolore e l'impotenza insieme ad una sufficiente dose di speranza nella soluzione del blocco dovuto alla sofferenza psicotica. Ritengo importante, ma sostanzialmente di ordine aspecifico, che 'una volta che i sentimenti sono stati ampiamente condivisi nell'incontro, l'esperienza di guarigione relazionale diventa palpabile'. Gli elementi aspecifici ritengo siano la parte centrale e determinante del buon esito dell'approccio: l'intervento entro 24 ore; il coinvolgimento di tutti i soggetti significativi per la vita del paziente; il coinvolgimento diretto del paziente nella definizione del processo terapeutico, sono tutte posizioni di alta disponibilità soggettiva da parte dei terapeuti che sicuramente - indipendentemente dal modello clinico utilizzato - comporta necessariamente miglioramenti del quadro clinico. Ribadendo di non sentirmi un esperto conoscitore dell'OD, il quesito sulla specificità o meno dell'approccio OD rimane. Quelli che Seikkula riferisce come fattori specifici dell'approccio OD, possono essere tutti rivisti secondo altri modelli. Ad esempio: 'l'attenzione rivolta al rafforzamento del lato adulto del paziente e alla normalizzazione della situazione invece di concentrarsi sul comportamento regressivo', è un approccio anche della psicoanalisi relazionale, intersoggettiva e persino di orientamento ferencziano e winnicottiano. Semmai ci si potrebbe chiedere, in questo caso, che cosa si intenda per 'lato adulto del paziente'. L'approccio OD, evidentemente fa riferimento alla dimensione più operativa e di competenze concrete del paziente. L'approccio analitico relazionale si

riferisce soprattutto alle competenze del paziente a sapersi riconoscere capacità dell'ordine creativo che, comunque, non sono in contraddizione con il riconoscimento di competenze concrete del paziente. Uno degli elementi aspecifici più importanti è la fiducia che il terapeuta cerca di guadagnarsi - direttamente e concretamente - da parte del paziente. In questa linea, ovvio, anche, che i migliori risultati si ottengano quanto più il paziente o la situazione sia grave e che in questi casi la solidarietà sia una comunicazione di sintonizzazione potente che permette al paziente - come avrebbe potuto suggerire Kohut (1984) - che 'quando si empatizza con uno psicotico, da quel momento il paziente smette di essere tale'.

Dopo vengono i fattori specifici. Per un modello di terapia familiare ad orientamento cognitivo-comportamentale si tratta di sciogliere i vincoli patologici che legano i membri della famiglia e che fanno del paziente il portatore designato e più fragile dell'intero sistema patologico familiare. Per un approccio psicoanalitico si tratta di cogliere la comunicazione del paziente sul piano del transfert e della identificazione proiettiva restituendo al paziente le identificazioni modulate e trasformate dalla partecipazione dell'analista (Bion, Ogden, Bollas, Ferro...) o della sollecitazione agli acting-out dell'analista attraverso gli enactment indotti dal paziente (Bromberg, 2006; Boston Change Process Study Group, 2010; Boccara, Meterangelis, Riefolo, 2018) letti secondo codici di dialogo intersoggettivo e di reciprocità (Benjamin, 2017; Reis, 2020). Alla fine, i 'sette principi fondamentali' su cui si fonda l'OD potrebbero essere visti come sostanzialmente aspecifici e, quindi, comuni, ad altri approcci terapeutici, ovviamente di ordine dinamico. Ad esempio. Quando i membri dell'équipe si emozionano, sono chiamati a 'tollerare gli intensi stati emotivi indotti durante l'incontro'. Questo va bene, ma ci si può chiedere: che uso ne fanno poi i terapeuti della condivisione di stati affettivi intensi? Ovvio che il paziente, nella condivisione, si riconosca attivamente capace di modificare lo stato affettivo del caregiver (Stern, 1985), ma, quello stato emotivo in che modo e in quale misura appartiene al paziente (transfert) e, in quanto tale, pone il terapeuta in una dimensione di '*role responsiveness*' (Sandler, 1976) o chiede al terapeuta una restituzione di elementi dissociati del proprio Sé che si sintonizzano con Stati dissociati del paziente?

Il secondo quesito che mi viene dalla lettura della proposta di Seikkula è di chiedersi a quali modelli si riferisca OD per ribadirne la specifica differenza e soprattutto le maggiori potenzialità terapeutiche. Un primo modello di confronto (direi inevitabile) è la psichiatria descrittiva e oggettivante. Infatti, l'OD si presenta come alternativo al 'discorso monologico rigido e ristretto'. Questo, ovviamente, permette positivi esiti, perché conosciamo bene la violenza e la scarsa disponibilità al dialogo da parte della psichiatria tradizionale. I riferimenti potrebbero essere di altro livello e, magari, più specifici. Ad esempio, quali possono essere i confronti con i ser-

vizi per pazienti Border di cui si occupano Russel Meares in Australia (peraltro improntati proprio ad una dimensione di ampliamento creativo del dialogo...), oppure Marsha Linehan o Fonagy e Target con i loro modelli? Il confronto con la psichiatria tradizionale, a mio parere dice poco perché il livello della psichiatria tradizionale è notoriamente molto scarso.

Sul piano dinamico l'altro modello di confronto mi sembra sia la terapia familiare rappresentata nella sua dimensione di posizione codificata e chiusa in un rigido setting soprattutto quando si fa riferimento a 'professionisti abituati a lavorare in modo più strutturato' mentre l'approccio OD può permettere un ampliamento del setting ed una maggior sollecitazione alla partecipazione diretta del paziente. Concordo che soprattutto nei casi di gravi episodi o stati psicotici un setting di terapia familiare possa risultare di difficile applicazione e la proposta possa essere sentita distante e violenta da parte del paziente. In modo più implicito, mi sembra che un terzo modello di confronto sia quello psicoanalitico. Comunque, sempre nella linea della 'aspecificità' degli elementi strutturanti l'OD, ogni altro metodo terapeutico nelle situazioni psicotiche ritengo sia chiamato a modulare il proprio setting al fine di accogliere positivamente la sintomatologia psicotica del soggetto. Rispetto agli altri modelli, l'OD avrebbe il vantaggio di espandere tale posizione di 'accoglienza e solidarietà', attivamente all'intero contesto familiare del paziente e il coinvolgimento di una équipe ampia. È sicuramente un vantaggio, ma anche questo, ritengo dell'ordine aspecifico, che ha positivi esiti in quanto comunica la possibilità di sperimentare sintonizzazione relazionale che rompe la nicchia autistica in cui il paziente, difensivamente, si rifugia, nella esplosione della psicosi.

Un limite che riconosco è di almeno due ordini. Un primo limite è che mi sembra che l'OD si fermi alla 'condivisione e solidarietà' della sofferenza psicotica, senza coglierne la dimensione della comunicazione transferale che - secondo un registro psicotico - chiede al terapeuta di conoscere intimamente, potrei dire somaticamente (nel senso di un registro presimbolico, che magari si evidenzia attraverso l'azione, l'impotenza, il fallimento, gli errori e, quindi gli enactment) quale sia la natura specifica della sofferenza psicologica del paziente in quel preciso momento e con quel soggetto. Un altro limite che - sempre da psicoanalista - trovo nell'approccio dell'OD è una sorta di idealizzazione della 'buona pratica' rappresentata nella dimensione soprattutto concreta.

Per me il rischio è che si idealizzi una posizione teorica e clinica tenendola separata dalla realizzabilità concreta. In questo la mia posizione è precisa: come clinici siamo chiamati a 'fare il massimo che possiamo con quello che abbiamo' (Winnicott), mentre riferirsi a soluzioni ideali, ma concretamente irrealizzabili, rappresenta una posizione potenzialmente violenta di non assunzione della necessaria responsabilità clinica. Questa posizione negli anni ha costantemente portato a gravi posizioni di 'lamentazione'

(Riefolo, 2017) da parte degli operatori verso la impossibilità frustrante a poter realizzare progetti sovradeterminati, mentre è nostro compito trovare sempre l'ambito che possa permettere il massimo livello di relazione (sintonizzazione) possibile col paziente anche quando questa sintonizzazione solleciti la condivisione di impotenza verso bisogni concreti. Un possibile dubbio potrebbe essere che l'approccio OD sia implicitamente organizzato sulle disponibilità concrete dei servizi di una società nord-europea e in particolare finlandese. Troverei molto violento che si proponesse un modello di intervento possibile in Finlandia non considerando le particolarità del contesto in cui noi siamo chiamati ad intervenire. Non è un problema di maggiore o minore disponibilità di risorse (infatti, conosciamo tutti come in alcuni casi vi sia un alto dispendio di risorse economiche con risultati anche anti terapeutici). Prima che di costi si tratta di un problema di cultura clinica dove un terapeuta sappia usare creativamente gli elementi concreti di cui - realmente - dispone (Riefolo, 2020). Sul piano dinamico, significa la possibilità di costruzione di setting specifici che sappiano accogliere la sofferenza dei pazienti e la fatica degli operatori permettendo processi di trasformazione della sofferenza psicotica. L'OD propone che si usino i 'setting naturali', ma questo è diverso - sul piano dinamico - dalla posizione di *rendere setting* gli elementi naturali disponibili che, prima che essere accettati, vanno usati. Il setting è un dispositivo specifico che attribuisce significato a ciò che accade. Un esempio semplice. Una cosa è accettare positivamente che il paziente chieda di pranzare da solo in soffitta durante la crisi psicotica finché non si sia rassicurato. Altra cosa è leggere i movimenti che il paziente fa rispetto al suo pranzare da solo o con gli altri come sua disponibilità a fidarsi dei terapeuti e quindi accedere alle cure. La differenza tra la prima e la seconda posizione è l'uso del setting secondo un registro *naturale* o *transferale*.

In psichiatria dinamica (soprattutto in psicoanalisi) il setting con le sue regole e i suoi 'limiti' è parte integrante del processo. Tutto ciò che accade (o non accade) nel setting ha immediatamente riferimento a dinamiche e potenzialità inconscie. Voglio dire che se in un servizio con gravi carenze concrete io faccio proposte concretamente irrealizzabili, questa non è semplicemente una 'svista', ma una posizione violenta e maniacale che risolve l'impotenza del paziente, non accogliendola e proiettandola violentemente su contesti che ci escludono (Riefolo, 2017). In sostanza bisogna prendere atto che l'OD in un contesto come quello italiano debba tener conto che non sia possibile, come nella descrizione del caso presentato, che 'medico di base possa contattare immediatamente uno psicologo presso l'ambulatorio di salute mentale locale' o che sia disponibile 'uno specifico luogo per crisi acute per garantire l'immediata organizzazione dell'incontro' e la possibilità che in un giorno si riesca ad organizzare una équipe di intervento sulla crisi e che questa équipe riesca ad effettuare 'una visita a casa lo stesso giorno nel pomeriggio'

In sintesi: ribadendo la profonda convinzione che le tesi del OD siano estremamente interessanti e sicuramente valide sul piano psicodinamico, ho provato a discutere i possibili fattori specifici del metodo e, all'interno di una dinamica di setting, l'esito del processo di realizzabilità di queste posizioni essendo mia convinzione che la realizzabilità non sia separabile dal processo terapeutico e, particolarmente connessa con gli esiti delle cure.

#### BIBLIOGRAFIA

- Benjamin, J. (2017). *Il riconoscimento reciproco*. Milano: Cortina.
- Boccaro, P., Meterangelis, G., Riefolo, G. (a cura di) (2018). *Enactment. Parola e azione in psicoanalisi*. Milano: Franco Angeli.
- Boston Change Process Study Group (2010). *Il cambiamento in psicoterapia*. Milano: Cortina.
- Bromberg, Ph. M. (2006). *Destare il sognatore*. Milano: Cortina.
- Ginot, E. (2015). *Neuropsicologia dell'inconscio*. Milano: Cortina.
- Kohut, H. (1984). *La cura psicoanalitica*. Torino: Bollati-Boringhieri.
- Migone, P. (1996). La ricerca in psicoterapia: storia, principali gruppi di lavoro, stato attuale degli studi sul risultato e sul processo. *Rivista Sperimentale di Freniatria, CXX(2)*, 182-238.
- Reis, B. (2020). *Il potere creativo. Dell'esperienza intersoggettiva*. Roma: Astrolabio.
- Riefolo, G. (2017). Dinamiche di lamentazione nei servizi territoriali. *Rivista Sperimentale di Freniatria, CLI(1)*, 75-94.
- Riefolo, G. (2020). Servizi. La parabola vitale del gruppo degli operatori. *Rivista Sperimentale di Freniatria, CXLIV(3)*, 9-31.
- Roth, A., Fonagy, P. (1997). *Psicoterapie e prove di efficacia. Quale terapia per quale paziente*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Sandler, J. (1976). Countertransference and role responsiveness. *International Journal of Psychoanalysis, 3*, 43-47.
- Stern, D. (1985). *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Stern, D. (1995). *La costellazione materna*. Torino: Bollati Boringhieri.
- van der Kolk, B. (2014). *Il corpo accusa il colpo*. Milano: Cortina.

---

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 9 agosto 2021.

Accettato per la pubblicazione: 28 agosto 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:589

doi:10.4081/rp.2021.589

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

## Contribution to the discussion about *Open Dialogue*

Carmine Parrella\*

Among the many considerations that have been put forward on the method described in the article on *Open Dialogue*, I would like to share with the readers of this journal my thoughts regarding the focus on treatment and the crisis of our healthcare services. As a healthcare professional with thirty years of experience in public psychiatric services I have witnessed a gradual and constant ‘impoverishment’ of the treatment system. This has produced a progressively bigger divide between the premises that should guide treatment according to the principle of psychiatric reform and what actually happens in daily operations. The push to treat a person in his/her environment and therefore to treat the network of relations that this person is surrounded by, has run aground in a system of disconnected outpatient services that mainly work on emergency care. Generating a shared way of thinking on a ‘case’ (a term that is considered incorrect in Franco Basaglia’s view), often becomes an operation that happens ‘casually’ based on favourable circumstances determined by: the availability of healthcare professionals, their workload in any given moment, and the mental and psychological energy present in their psychic fuel tanks.

Within healthcare services, as I have known them and as I experience them daily, there is no longer one treatment method, but a juxtaposition of outpatient interventions that at times have good results, that in turn do not take root or become part of the system. I would like to underscore all this because the method that is proposed in *Open Dialogue* is an ‘archaeological’ method that is rooted not in the reality of Finland but in the North-Eastern area of Italy from Gorizia to Trieste. If I had read the article<sup>1</sup> on *Open Dialogue* twenty or thirty years ago, I would have asked myself: ‘Where is the novelty in this

---

\*Psicologo e Psicoterapeuta presso Centro di Salute Mentale ASL Toscana Nord Ovest zona di Lucca e socio SIPRe. E-mail: carmine.parrella@uslnordovest.toscana.it

<sup>1</sup>Although *Open Dialogue* is a Finnish model devised in the 1980s, it is in fact rooted in an older way of thinking: that of Franco Basaglia, an Italian psychiatry reformer, who worked in North-Eastern Italy and who abolished mental hospitals in Italy.

method?'. Psychiatric reform at the time unmasked the oppressive forms of institutions (disguised as treatment systems) and described the incapacity of these in 'tolerating uncertainty' and establishing an 'Open Dialogue' to make sense of suffering, which could bring about the creation of self-referential and oppressive treatment structures for patients and also for their families and healthcare providers. The naming of the Italian Healthcare System as an 'Azienda' (a business firm) and not of a 'Comunità' (community) brought about certain decisions that ended up modelling the services offered on a 'cost-benefit' basis and on an economic level. One of the results of this was that 'If we examine the amount of activity, in terms of services offered, we observe that of the around 11 million services offered per year, only 6.5% are psychological/psychotherapeutic activities. This confirms the fact that the system is based on a biomedical model, with service provision taking on features of a reparative intervention, as there is no time, praxis or ability to confront the complexity of the crisis in an adequate way.' ('Figli di una politica minore'. Online magazine: Dromo).

My conclusion is that treatment services are 'afflicted'. In trying to answer to suffering without adequate equipment or resources they became saturated with the suffering that they were trying to cure, without being able to elaborate it. The result of all this is that the institution and its operators organize their work to defend themselves from both their suffering and that of others, rather than facing it clinically and productively. The other evidence that allows me to define the services as 'afflicted', comes from the fact that operators who work in this system 'suffer' and their suffering is continuously increasing as they try to do their job.

The proposal to re-discover and re-use *Open Dialogue*, which was a piece of our psychiatric community's DNA, is an opportunity to go back to our roots. Here *Open Dialogue* is interpreted not as a structured setting but as a 'variable structure and procedure' based on the internal emotional set up of healthcare professionals and the institution they work for.

Psychiatric services in the golden age of psychiatric reform did not need an 'Open Dialogue' model. All operations were characterized as *Open Dialogue* and the tracks that resulted from this, precisely retraced the seven points of Seikkula's article. These were not only applied to psychotic crises but to any type of intervention conducted with the awareness that if healthcare professionals did not treat the person together with their context (within which there are also healthcare providers) the result would be a chronic cycle of suffering.

'Therapeutic principles' which are intrinsic to *Open Dialogue* are traceable and superimposable to the ethnopsychiatry method proposed by Tobie Nathan in Paris, where psychiatric consultations were organized by following the cultural matrices of the person. Thus, consultations were open to the person's 'village' and his/her system of beliefs regarding illness and its

meanings. Consultations were open to all the patient's relatives and to healthcare providers involved. In Italy, there is the example of the Social Medicine Centre in Foggia, curated by Mariano Loiacono, who developed the '*Metodo alla Salute*' (MaS method or Heath method). This is a treatment method based on community and family that is 'horizontal', using innovative and completely anti-institutional contents, and for this reason is probably completely unacknowledged and insufficiently valued.

In Mariano Loiacono's method the intervention of psychotic crises calls for the 'hospitalization' of all the relatives involved in the person's life in a specific structure created for them and where for the entire day the delineated *Open Dialogue* aspects become 'a live phenomenon' in interactions and in the dynamics that the centre proposes.

The *Open Dialogue* method proposed by Seikkula has the advantage of reconnecting us to our treatment roots of psychiatric reform, without producing institutional reorganizations that would not be sustainable and would thus be rejected. Instead of having a team meeting to discuss a 'case', the meeting is carried out with the family and the user of the service. In this meeting everyone together tries to repair the fragmentation caused by the psychic disorder. There is a constant tuning into and re-tuning between the different people involved in the treatment system, a process that can integrate multiple dimensions, devices, and equipment, but it must find a 'control room' where the subjectivity of every person becomes the main resource in the treatment process. We need operations that allow for 'subjectivities' to be recognised in their own suffering and in the resources that are presented to respond to this suffering. This recognition can come about only within a relationship, and relationships exist only if there is *Open Dialogue*.

In my experience, the possibility of working to recreate *Open Dialogue* in a treatment system has immediate beneficial benefits on the treating team. The sense of impotence and solitude in confronting a difficult case disappears, fragmentation is reduced, and the sense of coherence and emotional competence of the system increases, so too does the basic function of 'containment' of psychic agencies. The sense of trust in healthcare providers increases and there is an implementation in the taking charge of emotions and affects in the situation. There is also more exchange and communication between healthcare providers, even beyond the agreed upon meetings.

It would be interesting to compare indices tied to workplace wellbeing between healthcare providers that apply the *Open Dialogue* method directly or indirectly with those that are 'obligated' to use '*closed dialogue*'. The main strength of the method proposed in *Open Dialogue* is the possibility of it being applied without having to reorganize the service in an institutional sense, which would provoke various types of 'rejection'. It is sufficient that the local psychiatric team composed of a psychiatrist, psychologist,

educator, nurse, and social worker decide to work together on a few cases with the proposed method and the aforementioned effects will be immediately obvious and also the clinical results will be positive if the process is maintained in the long-term. Regarding the training, this is a ‘critical’ aspect. I believe that all those that have been trained in the Basaglia’s method do not need specific training, as the modalities and internal devices should be consolidated (this does not mean that it is not necessary to ask for advice, undergo supervision, carry out research in more detail, *etc.*). This is different for the new generations of healthcare providers who did not train in a psychiatric reform context but rather in its regression. They should be offered the opportunity to apply and train using the *Open Dialogue* method and it is an excellent opportunity to retrieve a treatment framework and values that are essential in a public health service.

---

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received for publication: 30 July 2021.

Accepted for publication: 9 September 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

*Ricerca Psicoanalitica* 2021; XXXII:588

doi:10.4081/rp.2021.588

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

## Contributo alla discussione sull'articolo *Open Dialogue*

Carmine Parrella\*

Tra le tante considerazioni suscitate dal metodo descritto nell'articolo, quella che vorrei condividere con i lettori della rivista, riguarda il focus della cura e la crisi dei servizi. Come operatore da trent'anni nei servizi psichiatrici pubblici ho assistito a un graduale e costante 'impoverimento' del sistema di cura. Ciò ha prodotto una forbice sempre più grande tra i presupposti che dovrebbero guidare la cura secondo i principi della riforma psichiatrica e ciò che di fatto accade nell'operatività quotidiana. La spinta a curare la persona nel suo ambiente e di conseguenza a curare la rete di relazione di cui fa parte si è arenata/arroccata in un sistema di prestazioni ambulatoriali che lavorano prevalentemente sull'urgenza e in maniera fortemente disarticolata gli uni dagli altri. Spesso il generare un pensiero comune sul 'caso' (termine basaglianamente scorretto) diventa una operazione che si realizza 'casualmente' sulla base di congiunture favorevoli determinate dalla disponibilità degli operatori, dal carico di lavoro presente in un dato momento, dalla energia mentale e psichica presente nel serbatoio psichico dei singoli operatori.

All'interno dei servizi, per come li conosco e per come li sperimento quotidianamente, non esiste più un metodo di cura, ma una giustapposizione di interventi ambulatoriali che a volte esitano in buone prassi che a loro volta non riescono a sedimentarsi e a diventare sistema. Sottolineo tutto ciò in quanto il metodo proposto nell'*Open Dialogue* è un metodo 'archeologico' che affonda le sue radici non nella realtà della Lapponia Occidentale ma nel nostro Nord-Est dalle parti di Gorizia e di Trieste. Se avessi letto l'articolo sull'*Open Dialogue* trenta o vent'anni fa mi sarei detto: 'dove sta la novità?'. La riforma psichiatrica aveva smascherato le forme di oppressione istituzionali mascherate come sistemi di cura, o meglio aveva descritto come l'incapacità di 'tollerare l'incertezza' e instaurare un 'Dialogo Aperto' per

---

\*Psicologo e Psicoterapeuta presso Centro di Salute Mentale ASL Toscana Nord Ovest zona di Lucca e socio SIPRe. E-mail: carmine.parrella@uslnordovest.toscana.it

dare senso alla sofferenza portasse alla creazione di strutture di cura autoreferenziali e oppressive sia per i curati, per i familiari che per gli stessi curanti. L'affermazione di una sanità come Azienda e non di una sanità come 'Comunità' ha comportato scelte che hanno finito per modellare il servizio su basi 'costi benefici' di stampo economico. Uno dei risultati è che 'Ponendo attenzione ai volumi di attività, in termini di prestazioni effettuate, si rileva che sui circa 11 milioni di prestazioni / anno, solo il 6,5% sono attività di psicologia/psicoterapia'. Si conferma quindi un orientamento del sistema in senso biomedico, con una tensione prestazionale che assume i connotati dell'intervento riparativo, non essendovi tempo, abitudine e talvolta capacità di affrontare in modo adeguato la complessità dei casi' ('Figli di una politica minore'. Rivista online: Dromo).

La mia conclusione è che i servizi di cura sono 'malati'. Nel tentativo di dare risposta alla sofferenza senza dotazioni e risorse adeguate si sono impregnati di quella sofferenza che dovevano curare senza riuscire ad elaborarla. L'esito di tutto ciò è che l'istituzione e gli operatori si organizzano per difendersi dalla propria ed altrui sofferenza anziché affrontarla clinicamente e produttivamente. L'altra evidenza che mi permette di definire che i servizi sono 'malati', deriva del fatto che gli operatori che ci lavorano 'soffrono' e che il disagio degli operatori nel tentativo di fare il proprio lavoro è in costante aumento.

La proposta quindi di ri-scoprire e ri-utilizzare l'*Open Dialogue* che era un pezzo del DNA della nostra psichiatria di comunità, un *Open Dialogue* inteso non come setting strutturato ma come 'procedura ad assetto variabile' basata su un assetto interno emotivo degli operatori e dell'istituzione, è una occasione di ritornare alle radici.

I nostri servizi psichiatrici nell'età d'oro della riforma psichiatrica non avevano bisogno di un modello '*Open Dialogue*' in quanto tutta l'operatività era improntata all'*Open Dialogue* e le trame che ne risultavano ricalcavano esattamente i sette punti dell'articolo e non erano applicati solo alla crisi psicotica ma a qualsiasi tipo di intervento condotto con la consapevolezza che se non si fosse curata la persona e il suo contesto (e nel contesto ci sono anche i curanti) il destino sarebbe stato quello di finire nella trappola della cronicità.

I 'codici terapeutici' insiti nell'*Open Dialogue* sono rintracciabili e sovrapponibili nella modalità di intervento etnopsichiatrico proposto da Tobie Nathan a Parigi dove le consultazioni psichiatriche venivano organizzate seguendo la matrice culturale della persona e quindi come consultazioni aperte al suo 'villaggio' e al suo sistema di credenze di riferimento sulla malattia e sui suoi significati. Consultazioni quindi aperte a tutti i familiari e a tutti gli operatori coinvolti. In Italia c'è l'esperienza del centro di medicina sociale di Foggia a cura di Mariano Lojacono che ha sviluppato il 'metodo alla salute' un metodo di cura su base familiare comunitaria e

‘orizzontale’, dai contenuti innovativi e totalmente anti-istituzionali e per questo probabilmente del tutto misconosciuto e non valorizzato.

Nel modello di Mariano Loiacono l'intervento delle crisi psicotiche prevedevano anche il ‘ricovero’ di tutti i famigliari che frequentavano la struttura diurna appositamente creata e dove per tutta la giornata gli aspetti delineati nell'*Open Dialogue* diventavano ‘fenomeno vivo’ nelle interazioni e nelle dinamiche che il centro proponeva.

Il metodo dell'*Open Dialogue* proposto da Seikkula ha il vantaggio di riconnetterci con le nostre radici di cura della riforma psichiatrica, senza produrre riorganizzazioni istituzionali che non sarebbero sopportabili e quindi rigettate. Invece che effettuare una riunione di ‘equipe’ per parlare del ‘caso’ quella riunione si fa con la famiglia e con l'utente del servizio ed è in quell'incontro che tutti insieme si fa lo sforzo di riparare alla frammentazione causata dal disturbo psichico. Il lavoro è quella di una costante sintonizzazione e ri-sintonizzazione tra gli attori del sistema curante un processo che può integrare molteplici dimensioni, apparati e dispositivi ma che deve trovare una ‘cabina di regia’ dove la soggettività di ognuno diventa la principale risorsa del processo di cura. Abbiamo bisogno di una operatività che permetta alle ‘soggettività’ di essere riconosciute nella propria sofferenza e nelle risorse presenti per rispondere a tale sofferenza. Tale riconoscimento può avvenire solo all'interno della relazione e la relazione esiste solo se esiste un *Dialogo Aperto*.

Nella mia esperienza la possibilità di lavorare nella prospettiva di ricreare un *Dialogo Aperto* nel sistema di cura ha immediati effetti benefici sulla equipe curante. Scompare il senso di impotenza e di solitudine di fronte alle difficoltà del caso, diminuisce la frammentazione e aumenta il senso di coerenza e di competenza emotiva del sistema, aumenta altresì la funzione di base di ‘contenimento’ delle istanze psichiche, aumenta il senso di fiducia degli operatori e c'è una implementazione nella presa in carico emotiva ed affettiva della situazione, aumenta il livello di scambio e di comunicazione tra gli operatori anche al di là degli incontri concordati.

Sarebbe interessante mettere a confronto indici legati al benessere lavorativo tra operatori che applicano forme dirette o indirette di *Open Dialogue* con gli operatori che sono costretti ad applicare un ‘*dialogo chiuso*’. Il metodo proposto dell'*Open Dialogue* ha la sua forza principale nella possibilità di essere applicato senza dover riorganizzare il servizio in senso istituzionale, cosa che provocherebbe diversi tipi di ‘rigetto’. È sufficiente quindi che l'equipe psichiatrica di zona composta da psichiatra, psicologo educatore infermiere e assistente sociale decida di lavorare su alcuni casi con il metodo proposto perché si possano sperimentare subito gli effetti descritti e probabilmente anche i risultati clinici se il processo viene mantenuto a lungo termine. Per quanto riguarda la formazione è un aspetto ‘critico’. Credo che tutti coloro che si sono formati ‘basagliamente’ non

necessitano di una particolare formazione essendo modalità e assetti interni consolidati (questo non significa che non sia necessario operare un confronto, supervisioni, approfondimento ricerca, ecc.), diversamente per le nuove generazioni di operatori che non sono cresciuti nel contesto dell'applicazione della riforma psichiatrica ma nel contesto della sua involuzione l'opportunità di applicare e formarsi all'*Open Dialogue* è una occasione eccezionale di recuperare una cornice e valori di cura imprescindibili in un servizio pubblico.

Non-commercial use only

---

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 30 luglio 2021.

Accettato per la pubblicazione: 9 settembre 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

*Ricerca Psicoanalitica* 2021; XXXII:588

doi:10.4081/rp.2021.588

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

## From dialogue to accepting one's condition

*Enrico Vincenti\**

### Introduction

Dealing with distress and suffering in a 'psychotic area of interest' raises several issues: the first concerns the fragility and delicacy of the person who is suffering, the way in which these fragilities are expressed, and their intersection with the fragilities and difficulties of those who are emotionally bonded to this person. The second relates to the 'mental health' professionals, the places of 'treatment', and even the contextual, cultural, and organizational dimensions of the Services they offer.

In his article, Seikkula describes the process that brought about the definition of an intervention model in psychiatry, the consequent organization of Services and training of personnel that together all aim to give people a voice; it is meant for all those that are touched by suffering and its purpose is to use listening as its main tool. This vision, as the author states, does not only deal with psychopathology and diagnosis, but also with the patient and the person he/she is. It presents an ethical dimension of listening and respect towards the person, going beyond the assertion of technical-operative competences. Consequently, focus is not put on the diagnosis in order to define the therapy and intervention, but rather, the diagnosis emerges from listening to the patient's voice and that of their relatives. The natural consequence of this type of approach is that it seems to lean towards a 'humanization of psychiatry and the services dedicated to it'.

Let us now follow the route described by Seikkula and towards the end of this article I will put forward certain considerations on this proposed method.

---

\*Psicologo e Psicoterapeuta, Supervisore SIPRe - IFPS. Docente presso le sedi di Milano e Parma della Scuola di Psicoterapia ad indirizzo Psicoanalisi della Relazione.  
E-mail: evince57@gmail.com

## Historical period

The first stages of the model date back to the 1960s, coincident with the need to transfer dozens of long-stay patients who were considered ‘incurable’ from the psychiatric hospital of Tornio, in Finland. The first issue that was raised, regarding the incurability of certain psychiatric pathologies, concerned the study of the correlation between intervention outcomes and the ‘philosophy of treatment’. The basic idea was that dealing with the symptoms of psychiatric suffering would have opened the door to not listening and to the labelling of the patient and thus would have in fact involuntarily participated in the chronicization of the mental disorder.

Conversely, the mental healthcare provider’s attitude shift, aimed more at listening to the person, was verified to see if it could contribute to the construction of a practice and a ‘more optimistic treatment model’, thus abandoning a reductionist view of a linear relationship between treatment and symptoms. Thus the model dealt with not only suffering expressed by the patient and was not limited to pharmacological treatment and individual therapeutic relationships. The field was broadened to include a familial and contextual dimension in the treatment process. This psychiatric project seems, although this is not directly expressed by the author, to insert itself within an international movement of criticism of the organic idea of human suffering; an attempt to listen to the person, to his/her voice and existential pain; thus, trying to give dignity to suffering and accommodating its single unique expressions.

To do this, it was necessary to leave the old logic behind, that of confining suffering to narrow and restricted places: closing off behind those walls everything that seemed extraneous, incomprehensible, and non-conforming to the predominant culture. I do not know the Finnish context well enough, and I do not know if, even in that territory, there were psychiatric hospitals and if the ‘long-stay incurable’ patients were represented by society as ‘dangerous for themselves and others and/or that they disturbed public order’ so much so that they were sectioned by decree of a judge or the police. In Italy this was the situation and from this a crisis of the psychiatric services and their underlying ideology was born with the movement ‘liberation of psychiatry’ and the democratization of its practices. This movement in Italy brought about the emanation of the ‘Law 180’ also known as ‘Basaglia’s Law’, in honour of the biggest representative of the movement.

*‘It is then that the Psychiatric Diagnosis and Treatment Services in Italy (Servizi psichiatrici di Diagnosi e Cura) were started allocated within General Hospitals, Mental Health Centers, Crisis Centers and intermediate treatment structures located in municipal areas (foster homes, daycare centers and sheltered accommodation). The Basaglian ideal, that believes in the liberation of the psychiatric patient, is naturally connected to the ‘liberation’ of psychiatry, of its*

*practices and values, and those of society as well; the motto 'Free by Breaking Free' contained the idea of a clear connection between the different social forces and expressed the need of not segregating social distress as it is a simplistic and violent solution. It was necessary to bring suffering into the social sphere, reconnecting it with family, with work and society' (Vincenti & Irtelli, 2018).*

This was an expression of a psychiatry that was not 'oppressive and potentially iatrogenic', not made up of walls and containment, but a psychiatry that was open to the territory and to society. Thus, it was a psychiatry that differentiated from the medical concept and was closer to human and social sciences. A psychiatry that dealt with the suffering human beings within their context, considering them not only as organic but also as social and relational.

Psychiatrists, psychoanalysts, and health care professionals that have a different view towards human manifestations of psychiatric suffering focus do not only focus on symptomatology and diagnosis. They are not intent on eradicating the symptom, but rather are involved with patients in giving meaning as a manifestation that human beings are worthy of being respected in their essence.

As Borgna writes:

*'Psychiatry is an ambiguous and perplexing discipline that, when opened up to interdisciplinary horizons of research, does not deal only with mental illness (psychic disorders) but with phenomena that are part of life, whether they are normal or pathological, and in particular with the boundless archipelagos of human emotions. Of course, if in practicing psychiatry we are not able to identify with the internal life of others, especially of others who are not well, and we are not able to be intuitive... it is not possible to understand fully the sense of pain and suffering, of sadness and anguish, of loss and lacerations of the soul, of silence and the amazement of the heart, that are all part of the human condition in its infinite forms of expression' (Borgna, 2019).*

## The proposal

Starting from Alanen's 'Need-adapted treatment', where different therapeutic methods were contemplated and used each time depending on the specific requirements of the situation, the Open Dialogue approach was organized. Meaning the 'way in which the psychiatric system is organized, both in the role of dialogue during sessions with patients, family members and healthcare professionals'. Thus, two different interconnected dimensions: one aimed at the patient, the other at the Service; both are united in their intent of favouring dialogue between the different components: in the treatment between patient, relatives and support network; in the Service between users, équipe and extended network.

Patients are actively involved, together with their relatives, in defining

the problems and in searching for solutions; this is an active part of the treatment process and, as Alanen believed (reported via Seikkula), attention is paid on strengthening the adult side of the patient and the normalization of the situation, instead of concentrating on regressive behaviour. In detail, individual attention towards the patient is combined, via an individual dynamic therapy, to attention towards the family and the context, via an intervention that moves in the direction of systemic family therapy. Seikkula is keen to stress that the attention of the therapist is not aimed at creating a specific way of conducting the session but is oriented towards listening and answering. A listening that is not rational but empathetic participation 'indeed, it seems that the passage from rigid and restricted monologic discourse to dialogue comes on its own when painful emotions are not treated as dangerous, but rather are left to flow freely in the room'.

Consequently, health care professionals are urged and trained to let themselves enter into active participation and answer, to what the interlocutor brings, person to person, and better still starting from their very words. It is a dialogic relationship in which an attitude of maximum availability to listen to another, through our incarnate presence, is expressed in a verbal and non-verbal way; thus, listening and 'normalizing' what one says, even in a psychotic form. This way of proceeding responds to the theoretical premise, called to mind also by Bakhtin, 'being means communicating dialogically... in dialogue a person does not only show himself/herself externally, but becomes what he/she is for the first time ...not only for others but even for themselves'.

After all, there is a preconception: patients are ill because they cannot speak or make sense of what has happened in their lives. It is a sort of traumatic situation and an intervention based on dialogue can make patients and their families and support network (in connection between themselves) reclaim and give meaning through an emotional sharing of the experience. It must be underlined that emotional participation and sharing, carried out through reconnecting each person with their own painful themes is extremely important. Being able to stay on these themes and in uncertainty has a therapeutic goal. Certainly, this goes beyond a medical model based on a symptom that must be eradicated and on a relationship between an expert professional 'who knows' and an ignorant patient that needs to be treated. This is an open model in which the professional and the components of one's network are invited to get involved first hand.

Although I also share in the belief that there is a need to move away from an organicistic and unidirectional model, I do not find myself completely in alignment with Seikkula's model. Not because I find sharing and participation with one's network and context useless, but because of the antecedent theoretical idea. Seikkula proposes a model that certainly considers complexity, so much so that he understood the importance of

keeping in mind the subject and his/her relations, not stopping only at an analysis of communication and relationships but trying to make sense of the world of the patient. This general idea and its consequent practice have surely brought us forward in the conception of psychosis as bringing about distress and human suffering, that is non-reductive to only an organic and biological component. This thought brings with it a positive vision of both the person and of the evolutionary possibilities in distressful situations.

I believe it is still necessary to make another step forward in order to enhance the author's contribution fully. Taking into consideration the context would allow us to insert the suffering person within his/her life environment and therefore, from my point of view, allows us to understand within these relationships the function that they have in maintaining the historical solutions that have configured them. Various authors, such as Maturana, have examined the organization and functioning of a human being within his/her environment and Oyama clarified how auto-eco organizational processes and repetitive circular elements are the basis of our existence. Sander (2003) was the first psychoanalyst who tried to transpose these concepts to the human being, and he states that we cannot think of 'any human being... without thinking about his/her environment within which he/she is continuously interacting... as a 'system': the organism and its environment'. On the basis of what was described by these authors, we can try to hypothesize how humans organize themselves and how they work. If human beings can auto-eco organize within their environment we can think that it is also the environment that has defined them and that the human contributes to this defining. From this it follows that the relationships with each subject are functional in maintaining one's configuration, through continuous processes of circular recurrences.

On this level, that Minolli defines as 'conscious' (so a level of processing that is analogous to all living organisms), a relationship (of any kind) is functional for each participant in maintaining their own configuration and in affirming themselves. In the pursuit of this vital goal, often there are attributions of 'delegation' to another. By delegation Minolli means everything that subjects use when they have difficulty coping on their own, taking their lives into their own hands, their own story and their own relationships.

Seikkula offers an exemplar description of the attributions of reciprocal delegation when he writes:

*'Different network members live in very different, even contradictory, situations, and thus have very different ideas of the problem. Consider a crisis surrounding a mother, father, and son, in which the son, suspected of drug abuse, becomes nearly psychotic. The father may be concerned primarily about the family's reputation among his co-workers and the mother about her son's health, and the young man may protest angrily that he does not need any treatment and that his parents are crazy and should seek treatment for themselves.'*

From this you can clearly see how these three people are struggling to deal with their own existence, with the consequence that each is attributing responsibility of their difficulties and malaise to another. Making them work together could be an opportunity, not only to share and find meanings that were inaccessible before, but also to help them confront the reciprocal support, requests and pretenses towards one another, helping them to recognize the attributions of delegation and trying to help them cope on their own by having faith in themselves.

A similar discussion on the use of delegation could be made for the treating team. Attributing and insisting on attributing the difficulties of a person who comes to the Service due to an organic cause, trying to eliminate a symptom, for example with anti-anxiety medication or antipsychotics, could represent a difficulty in putting oneself out there, in embracing the suffering that our interlocutor brings. This pretense is formalized and institutionalized within a theoretical vision and a treatment method where there is an 'expert' who knows and a patient who is 'uninformed' in how to be treated.

I believe it is natural to operate in this way because it responds to the vital need of the subject to assert what he/she is within a specific context. This need applies to everyone: the patient (who asks or for whom it is asked to intervene), the relatives and the healthcare professionals. In the sense that everyone is involved in the vital task of continuing their existence asserting what they are, and how they have configured themselves based on their genetic heritage passed on by their parents and on the significant relationships and the context in which they find themselves. Dealing with these relationships, keeping in mind their function, respecting the organization and solution of each as functional to living, as they are the best solutions that each of us has tried out in order to exist, is the premise for a respectful intervention.

Listening to patients, their relatives and the members of their support network concretizes the 'approach' of the healthcare professional in a real and direct relationship with another person and their suffering, thus renouncing on one's position of power as the all-knowledgeable director. I think that the outcomes presented by Seikkula regarding the reduction in symptomatology and the lower use of psychotropic drugs and interventions or the need to be admitted to hospital are all attributable to the change in intervention paradigm.

It is an uncomfortable position to be in because we find ourselves empty-handed with the other person and with ourselves. Thus, we must concretize the possibility of staying in uncertainty, because we may lose our strongholds and 'presumed' technical competences in order to touch human suffering first hand, in this way we find solutions and expressions for those who ask for help. The emotional impact of this situation has to do with the dimension of presence. Thus, the training of healthcare professionals is a fundamental passage as it is necessary to accompany them in abandoning their presumed technical competences, in order to acquire a different awareness of

themselves, so that they can 'withstand' the impact of the human condition, in every form of expression.

## The équipe

Due to the desire and difficulty in confronting psychotic suffering in the second half of the last century, in many contexts they felt the need to actively involve members of the treating team in the treatment process and to continuously train them. I am thinking for example of Racamier and the pioneering work described in 'The Psychoanalyst with no sofa: Psychoanalysis and Psychiatric institutions'.

After all we can state that the work addressed to the treating team found its basis in the idea that the dynamics between the healthcare professionals were expressions/projections of the internal world of the patient. Thus, the effort was directed at the analysis of interpersonal dynamics by members of the équipe in order to overcome splitting and have an integrated view of the patient. In this way the team was functional and was seen as an 'organ' of digestion/comprehension of suffering in order to present it back to the patient.

Seikkula proposed a further step in that it is not the treating team who pre-digests what the patient cannot digest and then gives it back to the patient, but it is the working together with the patient that forces us to find a meaning through the continuous participated exchange, so that new words and new discussions can emerge regarding the suffering.

In what I have written so far, I have described the author and inserted his proposal within a general cultural evolution in the Western world. I would now like to take it a step further, because if the proposal brings a positive vision of patients, and of their involvement in the research of a different conception for their well-being, positioning the evolutionary possibility in the 'respondent dialogue', allows what went out the door to come back in the window: it is a limited vision of human beings and condemns them to an eternal dependence on others. The respondent dialogue could run the risk of attributing the evolutionary possibility of dialogue to the response of others, underestimating the possibility/capacity of the human being, through the consciousness of the conscience, of dealing with one's own suffering, of welcoming it in one's life and trying to find another way to go on. This is a capacity that we must think is possible for each human being, even the so-called psychotic patient.

## The politics of services

I have not dwelled on the technical indications and operational proposals, because they are consequential to a described theoretical vision: response

within 24 hours, taking charge of the patient's care, continuity and guarantee of continuation on behalf of the treating team *etc.* these are all expressions of the need to taking care of the person who is suffering.

Just as, opposingly, the non-continuity in the care of the patient, the continuous jumping from one healthcare professional to another, the not counting on the treating team and the continuity in the treatment relationship, are direct consequences of the theoretical view of the human being, considered as Stolorow calls it an 'isolated mind' and its suffering due to a biochemical alteration.

Psychiatry, as Borgna states, is considered a Cinderella within medicine, tolerated but never fully accepted. Even the healthcare budget given to psychiatry (and even the attention given to the organization of Services) leaves much to be desired. Unfortunately, in the last few years in Italy, we have seen a precariousness of the treatment team, a continuous change in psychiatrists and healthcare professionals that with difficulty can be compatible with taking care of suffering and of people.

Fortunately, not all services are organized in this way, there are excellent examples of the use of limited economic resources that give value to human resources, 'an instrument' that is important in the taking care of psychiatric suffering.

It pleases me to know that in Finland and in certain other countries, Seikkula's proposal has taken root, because it represents an effort towards a vision of humans and a respect towards their way of being. Especially in spheres that are considered incomprehensible, such as 'psychotic' suffering.

#### REFERENCES

- Basaglia, F. (2000). *Conferenze brasiliane*. Milano: Raffaello Cortina.
- Basaglia, F. (a cura di) (1968). *L'istituzione negata*. Torino: Einaudi.
- Borgna, E. (2019). *La follia che è in noi (ebook - Vele vol.149)*. Torino: Einaudi.
- Ferro, A., Jervis, G. (1999). *La bottega della psichiatria*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Maturana, H. R., Varela, F. J. (1985). *Autopoiesi e cognizione. La realizzazione del vivente*. Venezia: Marsili.
- Maturana, H. R., Varela, F.J. (1987). *L'albero della conoscenza*. Milano: Garzanti.
- Minolli, M. (2004). Per un Io-Soggetto fatto di legami. *Ricerca Psicoanalitica*, XV(3), 317-329.
- Minolli, M. (2015). *Essere e divenire*. Milano: Franco Angeli.
- Oyama, S. (2004). *L'occhio dell'evoluzione*, tr. it. Roma: Fioriti.
- Pichon-Rivière, E. (1985). *Il processo gruppale, dalla psicoanalisi alla psicologia sociale*, tr. it. Loreto: Lauretana.
- Racamier, P. C. (1982). *Lo psicoanalista senza divano*. Milano: Cortina Editore.
- Racamier, P. C. (1998). *Una comunità di cura terapeutica*, tr. it. In Ferruta, A., Foresti, G., Pedriali, E., Vigorelli M. (a cura di), *La comunità terapeutica. Tra mito e realtà*. Milano: Cortina Editore.
- Sander, L. (2005). Pensare diversamente. Per una concettualizzazione dei processi di base dei sistemi viventi. Trad. it. *Ricerca Psicoanalitica*, XVI(3), 267-300.

- Sander, L. (2007). *Sistemi viventi. L'emergenza della persona attraverso l'evoluzione della consapevolezza*, tr. it. Milano: Cortina Editore.
- Stolorow, R. D., Brandchaft, B., Atwood, G. E., Fosshage, J. (1999). *Psicopatologia intersoggettiva*. Urbino: Quattro Venti Edizioni.
- Sullivan, H. S. (1977). *Teoria interpersonale della psichiatria*, tr. it. Milano: Feltrinelli.
- Vincenti, E. (2006). Alcune risposte della Psicoanalisi Relazionale alle gravi configurazioni psicopatologiche. *XIV International Forum of Psychoanalysis*, 23-27 maggio, Roma.
- Vincenti, E. (2016). Dentro e fuori la stanza d'analisi: l'intervento in una struttura residenziale psichiatrica. In Corbelli, L., Fontana, M. (a cura di), *Psicoanalisi e schizofrenia*. Milano: FrancoAngeli.
- Vincenti, E., Irtelli, F. (2018). A quarant'anni dalla Legge 180. *Ricerca Psicoanalitica*, XXXIX(3), 37-51.

---

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received for publication: 9 November 2021.

Accepted for publication: 9 November 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

*Ricerca Psicoanalitica* 2021; XXXII:603

doi:10.4081/rp.2021.603

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



## Dal dialogo all'assunzione della propria condizione

Enrico Vincenti\*

### Introduzione

Occuparsi del disagio e della sofferenza nel cosiddetto 'ambito psicotico', pone una serie di questioni: il primo riguarda la fragilità e delicatezza della persona sofferente, il modo in cui vengono espresse, il loro intersecarsi con la fragilità e le difficoltà di coloro a cui essa è affettivamente legata. Il secondo riguarda i professionisti della 'salute mentale', i luoghi di 'cura', fino a toccare la dimensione contestuale, culturale e organizzativa dei Servizi.

Seikkula, in questo articolo, descrive l'iter che ha portato alla definizione di un modello di intervento in psichiatria, di organizzazione dei Servizi e di formazione del personale tendente a dar voce alle persone; rivolto all'ascolto di tutti coloro che sono toccati dalla sofferenza. Una visione, come sostiene l'autore, che non guarda alla psicopatologia e alla diagnosi, ma al paziente e alla persona. Ci presenta una dimensione etica, di ascolto e rispetto della persona, andando oltre l'affermazione di una competenza tecnico-operativa. Di conseguenza, l'attenzione non è rivolta alla diagnosi per procedere alla definizione della terapia e dell'intervento, ma la diagnosi emergerebbe dall'ascolto della voce del paziente e dei familiari. La naturale ricaduta di un approccio di questo tipo mi sembra porti verso una 'umanizzazione della psichiatria e dei servizi ad essa dedicati'.

Proviamo a seguire il percorso descritto da Seikkula e, mi riservo in conclusione, alcune considerazioni sulla proposta.

### Periodo storico

Apprendo che i primi passi del modello risalgono agli anni '60, in coincidenza con l'esigenza di trasferire dall'ospedale psichiatrico di Tornio,

---

\*Psicologo e Psicoterapeuta, Supervisore SIPRe - IFPS. Docente presso le sedi di Milano e Parma della Scuola di Psicoterapia ad indirizzo Psicoanalisi della Relazione.  
E-mail: evince57@gmail.com

alcune decine di pazienti lungodegenti considerati ‘incurabili’. La prima questione che ci si pose, rispetto alla ‘incurabilità’ di alcune patologie psichiatriche, riguardava lo studio della correlazione tra esiti dell’intervento e ‘filosofia della cura’. L’idea di fondo portava a ritenere che l’occuparsi dei sintomi della sofferenza psichiatrica avrebbe aperto la porta al non ascolto e alla etichettatura del paziente e, quindi di fatto, avrebbe partecipato involontariamente alla sua cronicizzazione.

Invece, si cercò di verificare come un atteggiamento differente del curante, rivolto all’ascolto della persona, avrebbe potuto contribuire alla costruzione di una prassi e di un ‘modello di trattamento più ottimistico’, uscendo dalla visione riduttiva di una relazione lineare tra cura e sintomo. Si arrivò così ad occuparsi non solo della sofferenza espressa dal paziente e, non ci si limitò al trattamento farmacologico e al rapporto terapeutico individuale, si allargò il campo includendo nel percorso di cura anche una dimensione familiare e quindi contestuale. Mi sembra che questo progetto psichiatrico, sebbene non espresso dall’autore, si inserisse all’interno di un movimento internazionale di critica alla concezione organica della sofferenza umana; un tentativo di ascolto della persona, della sua voce e del suo dolore esistenziale; provando così a dare dignità alla sofferenza accogliendone le differenti e singolari espressioni.

Per far questo era necessario uscire dalla vecchia logica della chiusura della sofferenza in luoghi ristretti e angusti: chiudendo in quelle mura tutto ciò che risultava estraneo, incomprensibile e non conforme alla cultura imperante. Non conosco il contesto finlandese e non so se, anche in quel territorio, esistevano gli ospedali psichiatrici e se i cosiddetti ‘lungodegenti incurabili’ erano rappresentati da persone ‘pericolose per sé e per gli altri e/o che danno offesa all’ordine pubblico’ tanto da essere internate con decreto del giudice o della polizia. In Italia era così e da lì è nata l’esigenza di messa in crisi del sistema psichiatrico e della ideologia sottostante, con la nascita di movimenti di ‘liberazione della psichiatria’ e di democratizzazione della sua prassi. Movimento che in Italia ha portato nel 1978 alla emanazione della ‘legge 180’ detta ‘legge Basaglia’, in onore del maggior rappresentante di quel movimento.

*‘Nascevano allora i Servizi psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) allocati all’interno degli Ospedali Generali, Centri di Salute Mentale, Centri di Crisi e strutture intermedie di cura collocate sul territorio comunale (Case-famiglia, Centri Diurni, Appartamenti Protetti). L’ideale basagliano, che professa la ‘liberazione’ del malato psichiatrico, è naturalmente connesso alla ‘liberazione’ della psichiatria, delle sue pratiche e valori, così come della società; il motto ‘Liberare Liberandosi’ conteneva l’idea di una netta connessione tra le diverse forze sociali, ed esprimeva la necessità di non segregare il disagio dal sociale, poiché sarebbe stata una soluzione semplicistica e violenta. Era necessario portare la sofferenza nel sociale, ricongiungerlo alla famiglia, al lavoro, alla società’ (Vincenti & Irtelli, 2018).*

Espressione di una psichiatria non 'oppressiva e potenzialmente iatrogena', non costituita da mura e contenimento, ma una psichiatria aperta al territorio e al sociale, quindi una psichiatria che si differenziava dalla concezione medica e si avvicinava alle scienze umane e sociali. Una psichiatria che si occupava dell'essere umano sofferente nel suo contesto, ritenendo l'umano non solo organico ma anche sociale e relazionale.

Psichiatri, psicoanalisti, operatori che guardavano con occhi differenti alla manifestazione umana della sofferenza psichiatrica; un occhio non rivolto alla sintomatologia e alla diagnosi, non intento a debellare il sintomo, ma impegnato, insieme al paziente, a darne un senso come manifestazione dell'essere umano degno di essere rispettato nella sua essenza.

Come scrive Borgna:

*'La psichiatria è una disciplina ambigua e dilemmatica che, quando sia aperta agli orizzonti interdisciplinari della ricerca, non si occupa solo delle malattie (dei disturbi psichici), ma si confronta con i fenomeni del mondo della vita, astruendo dal loro essere normali, o patologici, e in particolare con gli arcipelaghi sconfinati delle emozioni. Certo, se nel fare psichiatria non siamo capaci di immedesimarci nella vita interiore degli altri, degli altri che stanno male in particolare, e non siamo capaci di intuizioni..., non ci è possibile cogliere fino in fondo il senso del dolore e della sofferenza, della tristezza e dell'angoscia, degli smarrimenti e delle lacerazioni dell'anima, del silenzio e dello stupore del cuore, che fanno parte della condizione umana nelle sue infinite forme di espressione' (Borgna, 2019).*

## La proposta

A partire dalla intuizione di Alanen di un trattamento 'adattato al bisogno', dove si contemplavano differenti metodi terapeutici, utilizzati di volta in volta a seconda delle esigenze specifiche della situazione, viene a organizzarsi l'approccio '*Dialogo Aperto*', intendendo il 'modo in cui è organizzato il sistema psichiatrico, sia al ruolo del dialogo negli incontri con i pazienti, familiari e gli operatori'. Quindi due differenti dimensioni interconnesse: uno rivolto al paziente, l'altro al Servizio; entrambe unite dall'intento di favorire il dialogo tra le diverse componenti: nella cura tra paziente, familiari e rete; nel Servizio tra utenti, equipe e rete allargata.

Il paziente viene attivamente coinvolto assieme ai suoi familiari nella definizione delle problematiche e nella ricerca di soluzioni; esso è parte attiva nel processo di cura e, come sosteneva Alanen (riportato da Seikkula), l'attenzione viene rivolta al rafforzamento del lato adulto del paziente e alla normalizzazione della situazione, invece di concentrarsi sul comportamento regressivo. In particolare, si combina una attenzione individuale al paziente, tramite una terapia dinamica individuale e una attenzione alla famiglia, al contesto, tramite un intervento ad orientamento sistemico familiare. Seikkula

ci tiene a sottolineare che l'attenzione del terapeuta non è rivolta alla creazione di specifiche forme di conduzione del colloquio, ma è orientato all'ascolto e alla risposta. Un ascolto non razionale ma empatico, partecipato 'in effetti, sembra che il passaggio dal discorso monologico rigido e ristretto al dialogo avvenga da sé quando le emozioni dolorose non sono trattate come pericolose, ma invece lasciare fluire liberamente nella stanza'.

Di conseguenza l'invito e la formazione degli operatori verte proprio sul lasciarsi andare ad una partecipazione attiva rispondendo, da persona a persona, a quanto l'interlocutore porta, anzi partendo proprio dalle sue parole. Un rapporto dialogico in cui si realizza, con la propria presenza incarnata, un atteggiamento di massimo ascolto dell'altro, espresso sia in forma verbale sia non verbale; quindi, ascolto e 'normalizzazione' di ciò che si dice anche in forma psicotica. Questo modo di procedere risponde al presupposto teorico, ripreso da Bakhtin, 'essere significa comunicare dialogicamente... nel dialogo una persona non solo si mostra esteriormente, ma diventa per la prima volta ciò che è... non solo per gli altri ma anche per sé stesso'.

In fondo c'è un a priori: il paziente sta male perché non riesce a dire e dare un senso a quanto è accaduto nella sua vita. Una sorta di situazione traumatica che l'intervento basato sul dialogo fa sì che il paziente, i familiari e la rete, in connessione tra loro, riescano a riprendere e a dare un senso attraverso una condivisione emotiva dell'esperienza. Si sottolinea molto l'importanza della partecipazione e condivisione emotiva, attuata attraverso il congiungersi ciascuno con le proprie tematiche dolorose. Il riuscire a stare su queste tematiche e nell'incertezza avrebbe finalità terapeutiche. Sicuramente un andare oltre il modello medicalista basato sul sintomo da eliminare e sul rapporto tra un professionista esperto 'che sa' e un paziente ignaro da curare. Un modello aperto in cui anche il professionista e i componenti della rete sono invitati a mettersi in gioco in prima persona.

Sebbene condivida la necessità di uscire da un modello organicistico e unidirezionale della cura, non mi ritrovo completamente nel modello presentato da Seikkula. Non perché ritengo inutile la condivisione e la partecipazione del contesto e della rete al progetto terapeutico, ma per l'idea teorica a monte. Seikkula ci propone un modello che tiene conto sicuramente della complessità, tanto da aver concepito l'importanza del tener presente il soggetto e le sue relazioni, non fermandosi solo ad una analisi della comunicazione e delle relazioni, ma cercando di dare senso al mondo del paziente. Questa idea di fondo e la conseguente pratica, sicuramente hanno portato a dei grossi passi avanti nella concezione della psicosi come disagio e sofferenza umana, non riducibile alla sola componente organica e biologica. Un pensiero che porta ad una visione positiva sia della persona sia delle possibilità evolutive nelle situazioni di disagio.

Penso comunque sia necessario fare un passo ulteriore per valorizzare al massimo il contributo dell'autore. Prendere in considerazione il contesto,

permette di inserire la persona sofferente all'interno del suo ambiente di vita e quindi, dal mio punto di vista, permette di cogliere nelle sue relazioni la funzionalità che esse hanno nel mantenere le soluzioni storiche che l'hanno configurato. Diversi autori, come Maturana, hanno indagato l'organizzazione e il funzionamento dell'essere vivente inserito nel proprio ambiente e Oyama ha esplicitato come i processi di auto-eco organizzazione e delle ricorsività circolari sono alla base della sua esistenza. Sander (2003) il primo psicoanalista che ha tentato di trasporre questi concetti all'essere umano, afferma che non si può pensare 'ad alcun organismo vivente... senza pensare anche ad un ambiente in cui esso debba essere in continua interazione... come un 'sistema': l'organismo e il suo ambiente'. A partire da questi autori, possiamo cercare di ipotizzare come si sia organizzato e come funziona un essere umano. Se l'essere umano si auto-eco-organizza all'interno del suo ambiente, possiamo pensare che è anche quell'ambiente, che l'ha definito e che anche lui contribuisce a definire. Da ciò ne consegue che le relazioni di ciascun soggetto sono funzionali a mantenere la propria configurazione, attraverso continui processi di circolarità ricorsiva.

A questo livello, che Minolli definisce di 'coscienza' (quindi a un livello di processamento analogo a tutti gli esseri viventi), la relazione, qualsiasi tipo di relazione, è funzionale per ogni partecipante nel mantenere la propria configurazione e nell'affermare sé stesso. Nel perseguimento di questo fine vitale, spesso si verificano attribuzioni di 'delega' all'altro. Intendendo con delega tutto ciò che il soggetto utilizza quando fa fatica a stare in piedi da solo, a prendere in mano la propria vita, la propria storia e le proprie relazioni.

Seikkula ci offre una descrizione esemplare delle attribuzioni di delega reciproca quando scrive:

*'Diversi membri della rete vivono in situazioni diverse, persino contraddittorie, e quindi possono avere idee molto diverse sul problema. Considerate una crisi che coinvolge una madre, un padre e un figlio, in cui il figlio, sospettato di abuso di droghe, diventa quasi psicotico. Il padre può essere preoccupato principalmente per la reputazione della famiglia tra i suoi colleghi e la madre per la salute di suo figlio, e il giovane può protestare con rabbia che non ha bisogno di alcun trattamento e che i suoi genitori sono pazzi e dovrebbero cercare cure per sé stessi.'*

Dove emerge con chiarezza quanta fatica fanno i tre ad occuparsi della propria esistenza, con la conseguenza che ciascuno attribuisce all'altro la responsabilità delle proprie difficoltà e del proprio malessere. Coinvolgerli insieme potrebbe essere occasione, non solo di condividere e trovare significati prima inaccessibili, ma soprattutto per aiutarli a fare i conti con i reciproci appoggi, le richieste e pretese verso l'altro, aiutandoli a riconoscere le attribuzioni di delega e a provare a stare in piedi da soli avendo fiducia in sé stessi.

Un discorso analogo, sull'utilizzo delle deleghe, potremmo farlo per quanto riguarda l'équipe curante. Attribuire e, intestardirsi ad attribuire, le difficoltà della persona che si rivolge al Servizio ad una causa organica, cercando di eliminare il sintomo, per esempio con ansiolitici o antipsicotici, potrebbero rappresentare una difficoltà a mettersi in gioco, ad accogliere la sofferenza che il nostro interlocutore ci porta. Pretesa che viene formalizzata e istituzionalizzata all'interno della visione teorica e del metodo di trattamento, dove esiste 'l'esperto' che sa e il paziente 'ignaro' che necessita di essere curato.

Credo sia naturale operare in questo modo poiché esso risponde all'esigenza vitale del soggetto di affermare ciò che lui è per come si è andato configurando all'interno del suo specifico contesto.

Questa esigenza vale per tutti: paziente (colui che chiede o per cui si chiede l'intervento), familiari e professionisti della salute. Nel senso che tutti sono impegnati nel vitale compito di continuare la propria esistenza affermando ciò che sono, per come si sono venuti configurando in base al patrimonio genetico ricevuto dai propri genitori, alle relazioni significative e al contesto in cui si sono trovati. Occuparsi di queste relazioni, tenendo presente la funzionalità delle stesse, rispettando l'organizzazione e le soluzioni di ciascuno, in quanto funzionali per poter vivere, poiché sono le soluzioni migliori che ciascuno ha trovato per poter esistere, è la premessa per un intervento rispettoso.

Ascoltare il paziente, i familiari e i membri della rete concretizza un 'porsi' del professionista in una relazione vera e diretta con l'altro accogliendo la sua sofferenza, rinunciando alla posizione di potere di colui che sa e che indirizza. Credo che gli esiti presentati da Seikkula riguardo all'affievolirsi della sintomatologia, al minor ricorso dell'utilizzo di psicofarmaci e di interventi o alla necessità di ricovero, sia attribuibile al cambio di paradigma di intervento.

È una posizione scomoda perché ci si trova a mani nude con l'altro e con sé stessi. Così si concretizza la possibilità di stare nell'insicurezza, poiché si perdono i punti di appoggio, la cosiddetta 'delega', delle 'presunte' conoscenze tecniche, per toccare con mano la sofferenza umana attraverso le soluzioni e le espressioni che essa ha in coloro che chiedono aiuto. L'impatto emotivo dello stare ha a che fare con questa dimensione della presenza. Per cui la formazione degli operatori è un passaggio fondamentale poiché è necessario accompagnarli ad abbandonare le presunte conoscenze tecniche, per acquisire una diversa consapevolezza di sé stessi, tanto da poter 'reggere' l'impatto della condizione umana, in ogni forma di espressione.

## L'équipe

Visto la voglia e la difficoltà a confrontarsi con la sofferenza psicotica, nella seconda metà del secolo scorso, in molte contesti hanno sentito

l'esigenza di coinvolgere attivamente i membri della équipe nel processo di cura e la necessità di una formazione continuativa degli operatori. Penso per esempio a Racamier e al lavoro pionieristico descritto nel 'lo psicoanalista senza divano: La psicoanalisi e le strutture psichiatriche'.

In fondo possiamo affermare che il lavoro rivolto alla équipe trovava fondamento nell'idea che le dinamiche tra gli operatori fossero espressione/proiezione del mondo interno del paziente. Per cui lo sforzo era rivolto all'analisi delle dinamiche interpersonali dei membri della équipe al fine di superare le scissioni ed avere una visione integrata del paziente. In questo modo l'équipe funzionava e veniva concepita come un 'organo' di digestione /comprensione della sofferenza per poterla poi restituire al paziente.

Seikkula propone un passo ulteriore, non è l'équipe che predigerisce quanto il paziente non riesce a digerisce per poi restituirlo al paziente, ma è l'insieme, paziente compreso, che si sforza di trovare un senso attraverso uno continuo scambio partecipato, in modo che possano nascere nuove parole e un nuovo discorso sulla sofferenza.

Ho seguito l'autore inserendo la sua proposta all'interno di una evoluzione culturale generale del mondo occidentale. Ora vorrei fare un passo ulteriore, perché se la proposta porta con sé una visione positiva del paziente, del suo coinvolgimento nella ricerca di una diversa concezione del suo malessere, il posizionare la possibilità evolutiva nel 'dialogo rispondente' lascia entrare dalla finestra ciò che si è fatto uscire dalla porta: una visione limitata dell'essere umano, condannandolo ad una dipendenza eterna dall'altro. Il dialogo rispondente potrebbe correre il rischio di attribuire la possibilità evolutiva al dialogo e alla risposta dell'altro, sottovalutando così la possibilità/capacità dell'essere umano, attraverso la coscienza della coscienza, di occuparsi della propria sofferenza, di accoglierla nella propria vita e di cercare un altro modo per andare avanti. Capacità che dobbiamo pensare essere possibile a ciascun essere umano, anche al cosiddetto paziente psicotico.

## La politica dei servizi

Non mi sono soffermato sulle indicazioni tecniche e operative proposte, perché sono conseguenti alla visione teorica esposta: risposta entro le 24 h, presa in carico, continuità e garanzia di prosieguo da parte della stessa équipe, ecc. sono espressione della necessità di occuparsi della persona sofferente.

Così come, al contrario, la non continuità della presa in carico, il passaggio da un professionista all'altro, il non contare sulla équipe o sulla continuità nel rapporto di cura, sono diretta conseguenza della visione teorica dell'essere umano, considerato come afferma Stolorow una 'mente isolata' e la sua sofferenza dovuta ad una alterazione biochimica.

La psichiatria, come dice Borgna, è considerata una cenerentola all'interno della medicina, sopportata ma mai del tutto accettata. Anche la spesa sanitaria ad essa attribuita così come l'attenzione alla organizzazione dei Servizi lascia spesso molto a desiderare. Purtroppo, negli ultimi anni in Italia, si è visto una precarizzazione delle équipes di cura, un cambio continuo di psichiatri e operatori che difficilmente si concilia con la presa in carico della sofferenza e delle persone.

Per fortuna non tutti i servizi sono organizzati in questo modo, ci sono esempi eccellenti di utilizzo delle scarse risorse economiche in funzione della valorizzazione delle risorse umane, 'strumento' principe nella presa in carico della sofferenza psichiatrica.

Mi fa piacere sapere che in Finlandia e in alcuni paesi, la proposta di Seikkula sia attecchita, perché rappresenta uno sforzo per andare verso una positiva visione dell'uomo e del rispetto del suo modo di essere. Soprattutto di quel mondo ritenuto incomprensibile come la sofferenza 'psicotica'.

#### BIBLIOGRAFIA

- Basaglia, F. (2000). *Conferenze brasiliane*. Milano: Raffaello Cortina.
- Basaglia, F. (a cura di) (1968). *L'istituzione negata*. Torino: Einaudi.
- Borgna, E. (2019). *La follia che è in noi (ebook - Vele vol.149)*. Torino: Einaudi.
- Ferro, A., Jervis, G. (1999). *La bottega della psichiatria*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Maturana, H. R., Varela, F. J. (1985). *Autopoiesi e cognizione. La realizzazione del vivente*. Venezia: Marsili.
- Maturana, H. R., Varela, F.J. (1987). *L'albero della conoscenza*. Milano: Garzanti.
- Minolli, M. (2004). Per un Io-Soggetto fatto di legami. *Ricerca Psicoanalitica*, XV(3), 317-329.
- Minolli, M. (2015). *Essere e divenire*. Milano: Franco Angeli.
- Oyama, S. (2004). *L'occhio dell'evoluzione*, tr. it. Roma: Fioriti.
- Pichon-Rivière, E. (1985). *Il processo gruppale, dalla psicoanalisi alla psicologia sociale*, tr. it. Loreto: Lauretana.
- Racamier, P. C. (1982). *Lo psicoanalista senza divano*. Milano: Cortina Editore.
- Racamier, P. C. (1998). *Una comunità di cura terapeutica*, tr. it. In Ferruta, A., Foresti, G., Pedriali, E., Vigorelli M. (a cura di), *La comunità terapeutica. Tra mito e realtà*. Milano: Cortina Editore.
- Sander, L. (2005). Pensare diversamente. Per una concettualizzazione dei processi di base dei sistemi viventi. Trad. it. *Ricerca Psicoanalitica*, XVI(3), 267-300.
- Sander, L. (2007). *Sistemi viventi. L'emergenza della persona attraverso l'evoluzione della consapevolezza*, tr. it. Milano: Cortina Editore.
- Stolorow, R. D., Brandchaft, B., Atwood, G. E., Fosshage, J. (1999). *Psicopatologia intersoggettiva*. Urbino: Quattro Venti Edizioni.
- Sullivan, H. S. (1977). *Teoria interpersonale della psichiatria*, tr. it. Milano: Feltrinelli.

- Vincenti, E. (2006). Alcune risposte della Psicoanalisi Relazionale alle gravi configurazioni psicopatologiche. *XIV International Forum of Psychoanalysis*, 23-27 maggio, Roma.
- Vincenti, E. (2016). Dentro e fuori la stanza d'analisi: l'intervento in una struttura residenziale psichiatrica. In Corbelli, L., Fontana, M. (a cura di), *Psicoanalisi e schizofrenia*. Milano: FrancoAngeli.
- Vincenti, E., Irtelli, F. (2018). A quarant'anni dalla Legge 180. *Ricerca Psicoanalitica*, XXX(3), 37-51.

Non-commercial use only

---

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 9 novembre 2021.

Accettato per la pubblicazione: 9 novembre 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

*Ricerca Psicoanalitica* 2021; XXXII:603

doi:10.4081/rp.2021.603

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



## **More family work and more work within the system is needed to develop the clinical practice. Comments to Parrella, Riefolo and Vincenti**

*Jaakko Seikkula\**

I really enjoyed reading the deep analytical comments of Carmine Parrella, Giuseppe Riefolo and Enrico Vincenti. In my comments to their reflections, I want to concentrate on some specific issues being glad that they referred on important elements of the more humanistic practice that I do not need to repeat.

I was also glad that they all were pointing out on a bit different aspects of my paper and on the psychiatric and psychotherapeutic practice on the whole. For instance, Carmine Parrella compared *Open Dialogue* (OD) with the Basaglia psychiatric reform in Italy. This is an issue that I have been thinking a lot and it has been raised in several projects of OD in Italy. While psychiatric reform in Italy had one of the main point of views the human rights of psychiatric patients, *Open Dialogue* is strongly based on developing psychotherapy for the most severe mental health problems. In the projects we have seen the integration of these two important perspectives, and I suppose that both parties have won.

Parrella referred to the importance of training in Basaglia thinking. Training really seems to help to meet with people having psychotic problems in more human way. But I have also seen that something is still missing. And - I suppose - this is what OD can contribute with its psychotherapeutic roots. Sometimes it is not enough to respect the human rights and to be democratic, you also need training to tolerate the strange talks of the one we call as patient. The challenge may include the necessity to deal with the violence or the threat for violence of the patient towards other family members. Or to meet with any kind of extreme situations.

Vincenti analysed different parts of OD practice. As one of them he also

---

\*Jaakko Seikkula, Department of Psychology, University of Jyväskylä, Finland.  
E-mail: jaakko.seikkula@jyu.fi

made a comment about what in his mind is missing in OD. He pointed that 'I believe it is still necessary to make another step forward in order to enhance the author's contribution fully. Taking into consideration the context would allow us to insert the suffering person within his/her life environment and therefore, from my point of view, allows us to understand within these relationships the function that they have in maintaining the historical solutions that have configured them.'

After this statement Vincenti in a very friendly way starts to introduce his point of view saying that it is not only dialogue, but you really would also need an analysis and theory about the one who we call as patient and about the relationships that she/he is living in. He also gives some examples of this referring to the illustrated cases. I want to refer to this because this comment really comes into the very core of dialogical practice and my lesson that I have taken when making research and while being involved in the clinical practice within dialogical frame. According to my experiences, surprisingly, the less we 'analyse' the better it has become. I think that the long-term outcomes of patients who twenty years before had an experience of OD confirm this (Bergström *et al.*, 2018).

I can agree that we need some concepts and theories to analyse our practice to understand and to learn to do it. But I don't any more believe that we need analysis of the system of the clients in the clinical practice. What is the exceptional element of dialogical practice is the fact that we never take things given, but - instead - every situation is changing all the time in a flow. In the dialogues from the very first minutes parents for instance can learn new ways of being in relation to their son or daughter. For instance, I remember one meeting with a mother and father and their 32 years old son who had been psychotic for 16 years, and still was in our first meeting. The parents really had been struggling with their son, his drug abuse, his extreme behaviour and so on. But they were so surprised when we with my co-therapists in the end of the session in our reflective conversation emphasized that they seemed to be so caring after these years and that neither of us had heard any negative word about their son. They both said that they could not believe that they were so positive about their son. They could learn something new about themselves in our dialogues and I suppose that this new made possible to mobilize more of their own resources to handle the situation. When thinking about the family as a systemic family therapist (the training I got early 80's) it would have been very easy to find non-functioning systemic rules within this family, but I don't think that this had helped them in any way. On the contrary, it had directed our attention to non-functioning elements of the family and thus no new resources would have been mobilized.

Working with families has proved to be very challenging from the psychodynamic point of view. Perhaps one reason for this is that there is a

theory of the internal world of the psychotic patients. The internal problems relate to the relational experiences of the patients and of course the main part of the most important internal experiences happen within the family. In this *e.g.* the patient often wants to protect him from too close family relationships. At this moment difficulties emerge in seeing the importance of working with families. Many individual psychotherapists take the conclusion to work with the patient only, which gives limited results at least in two respects. First, this attitude does not help to find solutions to family problems. Secondly, the psychological resources will not be mobilized that live in the relationship between the family members. OD has introduced a way to deal with problematic family situations by accepting even the contradictory voices of the family members because the main issue in OD all the time is in generating dialogue, not in finding solutions.

Riefolo also gives a critical comment on OD when he notes that 'There are two levels of limitation to be considered. The first limitation is that OD seems to me to stop short at 'sharing and solidarity' of psychotic suffering, without grasping the transference communication dimension that - on a psychotic register - asks the therapist to get to know intimately, or even somatically (in the sense that it is a presymbolic register that perhaps is evident through actions, impotence, failure, errors and thus in enactment) what the specific nature of the psychological suffering of the patient is in that precise moment and with that subject. Another limitation that - as a psychoanalyst - I find in the OD approach is the sort of idealization of 'good practice' represented above all in the concrete dimension.' (Riefolo, p. 2)

I have to say that I did not fully understand this comment. If I understood correctly, Riefolo is saying that in OD psychotic experiences are not shared in solidarity. If my understanding is correct, I must apologize my paper not being clear enough about this. Sharing in embodied ways the suffering of our clients - including the one we call as the patient and the family members - is the very core of the dialogical practice. I like very much Riefolo's reference to the 'somatic' parts of the therapist's experience. I have used the word embodiment while referring to the fact that small part of the therapeutic process happens in words and in explicit formulations about the experiences and problems. In dialogue we do not aim at giving interpretations or other types of meanings to what the clients are saying, but instead of sharing their experience and jointly creating new language of their experiences that live in the not-yet spoken embodied experience. For me it is decisively important to stay in the utterances of our clients even so much that I try to avoid paraphrasing their comments, but instead merely repeat word by word some part of their words and ask to say some more about it. The 'curative' part of dialogue lays exactly in this: While including some new words about the experience what the therapist was repeating, people hear and learn more about themselves.

The critics about OD as idealization of ‘good practice’ is quite strange to me. If I am allowed to say some critical comments on the psychotherapy practice it is in this: Psychoanalysts and psychotherapists so often stay outside of the psychiatric practice thinking that their best contribution is doing psychotherapy merely mostly in private practice, but also sometimes in public services. And thus, the control of the practice is given to the people who really do not understand the importance of psychotherapeutic attitude in care. My claim is that one part of the success of OD is exactly in finding ways to integrate the organization of ourselves in the clinical practice and the clinical practice in the dialogical meetings. This is not idealization of good practice because in the studies we have focused a lot on the difficulties, failures, and other type of challenges. The practice only develops by the analysis of the practice itself by the practitioners themselves.

Riefolo also has an interesting analysis of the importance of ‘specific’ and ‘aspecific’ factors of the clinical practice. Perhaps you may say that in OD the specific factor is the aspecificity. The dialogue itself is the aim of the practice. This is different compared to the rest of psychotherapeutic methods, in good dialogue is seen as a tool to achieve something. For instance, a therapists may think that in good dialogue there emerge more options to speak about the most difficult issues in the life of the patients and within a good dialogue you can do deeper interpretations to increase the understanding of yourself. In dialogical practice I think that the new experience emerges in the new dialogical relationships and nothing more is needed.

#### REFERENCE

- Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Mäki, P., Kögäs-Saviaro, P., Taskila, J., Tolvanen, A., & Aaltonen, J. (2018). The family-oriented Open Dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry Research*, 270, 168-17.

---

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received for publication: 8 November 2021.

Accepted for publication: 8 November 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

*Ricerca Psicoanalitica* 2021; XXXII:602

doi:10.4081/rp.2021.602

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

## **Per sviluppare la pratica clinica è necessario più lavoro familiare e più lavoro all'interno del sistema. Commento a Parrella, Riefolo e Vincenti**

*Jaakko Seikkula\**

Mi è piaciuto molto leggere i commenti profondi e analitici di Carmine Parrella, Giuseppe Riefolo ed Enrico Vincenti. Nel mio commento sulle loro riflessioni voglio concentrarmi su alcune questioni specifiche. Sono felice che abbiano esposto commenti importanti sulla parte umanistica della pratica che non è necessario ripetere.

Mi fa piacere anche che tutti e tre abbiano segnalato aspetti diversi del mio articolo sulla pratica psicoterapeutica e psichiatrica in generale. Per esempio, Carmine Parrella ha paragonato l'*Open Dialogue* (OD) con la riforma di Basaglia in Italia. Questa è una questione su cui ho pensato molto ultimamente ed è stata sollevata in alcuni progetti di OD in Italia. Mentre la riforma psichiatrica in Italia era rivolta principalmente ai diritti umani dei pazienti psichiatrici, l'*Open Dialogue* è fortemente basato sullo sviluppare una psicoterapia per le più gravi malattie mentali. Nei progetti che stiamo portando avanti abbiamo visto un'integrazione di queste due prospettive importanti, e credo che entrambe le parti abbiano ottime ragioni.

Parrella ha fatto riferimento all'importanza della formazione nel pensiero di Basaglia. La formazione sembra veramente aiutarci a trovare un punto di incontro più umano con le persone che hanno disturbi psicotici. Tuttavia, vedo che manca ancora qualcosa. E - credo - a questo l'OD può contribuire con le sue radici psicoterapeutiche. A volte non basta rispettare i diritti umani ed essere democratici, bisogna formarsi per tollerare le strane conversazioni che si possono avere con coloro che definiamo pazienti. La sfida può includere la necessità di gestire la violenza o la minaccia di violenza del paziente verso altri membri della famiglia. Oppure trovarsi in qualsiasi tipo di situazione estrema.

Vincenti ha analizzato le diverse parti della pratica di OD, commentando

---

\*Jaakko Seikkula, Dipartimento di Psicologia, Università di Jyväskylä, Finlandia.  
E-mail: jaakko.seikkula@jyu.fi

inoltre quali siano secondo lui gli elementi che mancano nell'OD. Scrive: 'Penso comunque sia necessario fare un passo ulteriore per valorizzare al massimo il contributo dell'autore. Prendere in considerazione il contesto permette di inserire la persona sofferente all'interno del suo ambiente di vita e quindi, dal mio punto di vista, permette di cogliere nelle sue relazioni la funzionalità che esse hanno nel mantenere le soluzioni storiche che l'hanno configurato.'

Dopo questa affermazione Vincenti, in modo gentile, inizia ad introdurre il suo punto di vista dicendo che non è solo dialogo, ma che servirebbe un'analisi e una teoria su quello che chiamiamo paziente e sulle relazioni che sta vivendo. Egli propone anche alcuni esempi di casi clinici. Voglio parlare di questa affermazione perché penso che sia proprio al cuore della pratica dialogica e la lezione che ho ricevuto nel fare ricerca e nell'essere coinvolto nella pratica clinica all'interno del quadro dialogico. Secondo le mie esperienze, sorprendentemente, meno 'analizziamo' e meglio è. Penso che i risultati a lungo termine dei pazienti che vent'anni prima hanno avuto esperienza con l'OD confermino questo (Bergström *et al.*, 2018).

Sono d'accordo che abbiamo bisogno di alcuni concetti e teorie per analizzare la nostra pratica per capire e imparare. Ma allo stesso tempo non credo più che dobbiamo analizzare il sistema dei nostri clienti nella pratica clinica. L'elemento eccezionale della pratica dialogica è il fatto che non diamo mai nulla per scontato ma - invece - ogni situazione è in un flusso continuo di cambiamento. Nei dialoghi dei nostri pazienti, anche nei primi minuti, i genitori possono imparare nuovi modi di relazionarsi con i loro figli. Ricordo in particolare l'incontro con una madre e un padre ed il loro figlio di 32 anni che era psicotico da 16 anni; era il nostro primo incontro. I genitori stavano facendo molta fatica con il figlio, il suo abuso di droghe, i suoi comportamenti estremi e così via. Ma erano così sorpresi quando con i miei co-terapeuti alla fine della sessione, nella nostra conversazione riflessiva, abbiamo sottolineato che loro sembravano essere stati così affettuosi dopo tutti questi anni e che da loro non avevamo sentito una parola negativa sul loro figlio. Loro hanno potuto imparare qualcosa di nuovo su sé stessi dai nostri dialoghi e suppongo che questa novità abbia reso possibile la mobilitazione di altre loro risorse per affrontare la situazione. Quando pensavamo alla famiglia come terapeuti sistemico-familiari (che è la formazione che ricevetti nei primi anni '80) so che sarebbe stato molto facile trovare delle regole sistemiche non-funzionanti all'interno di questa famiglia, ma non penso che questo li avrebbe aiutati in alcun modo. Al contrario, avrebbe diretto la nostra attenzione agli elementi non-funzionanti della famiglia e non sarebbe stata mobilitata alcuna nuova risorsa.

Lavorare con le famiglie si è mostrato essere veramente impegnativo da un punto di vista psicodinamico. Forse un motivo di ciò è che esiste una teoria sul mondo interno dei pazienti psicotici. I problemi interni riguardano le esperienze di relazione dei pazienti e certamente la parte principale delle esperienze interne

più importanti si sviluppano all'interno di una famiglia. In questo esempio, il paziente spesso vuole proteggersi da relazioni troppo strette. A questo punto emergono delle difficoltà nel vedere l'importanza del lavoro con la famiglia. Molti psicoterapeuti individuali prendono la decisione di lavorare solo con il paziente, che dà risultati molto limitati in almeno due modi. Prima di tutto, questa attitudine non aiuta a trovare soluzioni ai problemi della famiglia. In secondo luogo, le risorse psicologiche che vivono all'interno delle relazioni tra i membri della famiglia non saranno mobilizzate. L'OD ha introdotto un modo per affrontare le situazioni famigliari problematiche anche tramite l'accettazione delle voci contraddittorie dei membri della famiglia, poiché la questione principale in OD è sempre generare dialogo, e non trovare soluzioni.

Anche Riefolo fa un commento critico sull'OD quando dice 'Un limite che riconosco è di almeno due ordini. Un primo limite è che mi sembra che l'OD si fermi alla 'condivisione e solidarietà' della sofferenza psicotica, senza coglierne la dimensione della comunicazione transferale che - secondo un registro psicotico - chiede al terapeuta di conoscere intimamente, potrei dire somaticamente (nel senso di un registro pre-simbolico, che magari si evidenzia attraverso l'azione, l'impotenza, il fallimento, gli errori e, quindi, gli enactment) quale sia la natura specifica della sofferenza psicologica del paziente in quel preciso momento e con quel soggetto. Un altro limite che - sempre da psicoanalista - trovo nell'approccio dell'OD è una sorta di idealizzazione della 'buona pratica' rappresentata nella dimensione soprattutto concreta.' (Riefolo p. 2)

Devo dire che non ho compreso questo commento fino in fondo. Se ho capito bene, Riefolo dice che nell'OD le esperienze psicotiche non sono condivise solidalmente. Se questo è corretto allora devo scusarmi perché forse il mio articolo non era chiaro su questo punto. La condivisione in modo incarnato della sofferenza dei nostri clienti - incluso quello che chiamiamo paziente e i membri della sua famiglia - è proprio al cuore della pratica dialogica. Mi piace molto che Riefolo parli delle parti 'somatiche' dell'esperienza del terapeuta. Ho usato la parola 'incarnazione' quando mi riferisco al fatto che una piccola parte del processo terapeutico accade tramite parole e in formulazioni esplicite delle esperienze e problemi. Nel dialogo non è nostro scopo fare interpretazioni o dare altri tipi di significati a ciò che dicono i nostri clienti, ma invece di condividere la loro esperienza e insieme creare un nuovo linguaggio della loro esperienza che vive nell'esperienza incarnata che non è ancora stata espressa. Per me è decisamente importante rimanere nel discorso dei nostri clienti, fino al punto che cerco di evitare le parafrasi dei loro commenti, piuttosto ripeto parola per parola ciò che dicono e chiedo loro di approfondire questi concetti. La parte 'curativa' del dialogo risiede proprio in questo: quando includono nuove parole oltre a ciò che gli ha ripetuto il terapeuta sulla loro esperienza, le persone ascoltano e imparano di più su sé stessi.

La critica all'OD come idealizzazione della 'buona pratica' è strana per me. Se volessi essere critico sulla pratica psicoterapeutica direi questo: gli psicoanalisti e gli psicoterapeuti spesso stanno al di fuori del pensiero pratico psichiatrico e il loro contributo migliore è fare psicoterapia solamente e principalmente nello studio privato, e solo a volte nei servizi pubblici.

In questo modo, il controllo della pratica è dato alle persone che in realtà non capiscono l'importanza dell'attitudine psicoterapeutica nelle cure. Affermo che una parte del successo dell'OD sta esattamente nel trovare modi di integrare l'organizzazione di noi stessi nella pratica clinica e la pratica clinica negli incontri dialogici. Questa non è un'idealizzazione della 'buona pratica' perché nelle ricerche ci siamo concentrati molto sulle difficoltà, sui fallimenti e su altri tipi di sfide. La pratica si sviluppa solo tramite l'analisi della pratica stessa da parte dei professionisti stessi.

Riefolo fa inoltre un'analisi interessante dell'importanza dei fattori 'specifici' e 'aspecifici' della pratica clinica. Probabilmente dobbiamo dire che nell'OD il fattore specifico è l'aspecificità. Il dialogo stesso è lo scopo della pratica. Questo è differente se lo paragoniamo ad altri metodi psicoterapeutici: il dialogo è visto come strumento per realizzare qualcosa. Per esempio, un terapeuta potrebbe pensare che nel buon dialogo emergano più opzioni per parlare delle questioni più difficili nella vita dei pazienti e che all'interno di un buon dialogo si possono fare delle interpretazioni più profonde per aumentare la comprensione di sé stessi. Nella pratica dialogica penso che le nuove esperienze emergano nelle nuove relazioni dialogiche e non è necessario altro in aggiunta.

#### BIBLIOGRAFIA

Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J., Tolvanen, A., & Aaltonen, J. (2018). The family-oriented Open Dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry Research*, 270, 168-17.

---

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 8 novembre 2021.

Accettato per la pubblicazione: 8 novembre 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:602

doi:10.4081/rp.2021.602

*This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (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 intrapsychic conflict and the historical evolution of its psychotherapeutic approach in psychoanalysis

*Fulvio Frati\**

**ABSTRACT.** – The concept of ‘intrapsychic conflict’ is probably one of the theoretical constructs on which psychoanalysis has mostly focused its attention, from its birth to the present day, both as regards formation/training and modification over time of its theoretical structure as a whole, as well as from the point of view of the construction and the progressive refinement of its psychotherapeutic technique. In this article the Author presents the main stages of this long and articulated path and concludes by describing how the concept of ‘intrapsychic conflict’ might now be considered outdated in one of the main contemporary psychoanalytic approaches, that of Relational Psychoanalysis.

*Key words:* Intrapsychic conflict; relational conflict; drive model; relational psychoanalysis; attachment theory.

### Introduction

There is no precise ‘date of birth’ of psychoanalysis: its initial phase may probably be placed in the five-year period 1890-1895, since - as Brenner (1955, p. 11) states - in 1895 the evolution of this discipline appears ‘already well underway’. Historians, on the other hand, clearly agree on both the name of its founder, Sigmund Freud (1856-1939), and the fundamental innovative feature which from the very beginning differentiated this discipline from others of that time, namely the scientific systematisation of a concept that was in fact already known and mentioned in those years but still poorly defined and described, namely the concept of the ‘unconscious’.

From the outset, the main ‘cornerstones’ of the conceptualisation of the unconscious in this new discipline have essentially been the following: i) the ‘psyche’ is not identified with consciousness; ii) the primary psychic reality is not ‘the conscious’ but ‘the unconscious’, since the conscious with

---

\*Psychologist, Psychoterapist and Psychoanalist of SIPRe.  
E-mail: fulviofrati@inwind.it

respect to the unconscious is actually like ‘the tip of the iceberg’ (*i.e.* only the derivative and superficial manifestation of the unconscious); iii) in the aetiology (*i.e.* in the ‘study of the causes’) of psychic illnesses, an absolutely fundamental role is always to be sought in the ‘conflict between unconscious psychic forces’ (and thus not necessarily, or at any rate not only, in the presence of organic disorders).

### The structure of the psyche (*‘prima topica’*)

In the early years of the scientific systematisation of this new discipline, Freud developed an initial ‘model of the psyche’ (now known as the ‘*prima topica*’) which viewed the psychic apparatus as divided into three specific ‘zones’, respectively named - on the basis of the fundamental characteristic Freud believed each zone contained - the ‘conscious’, the ‘preconscious’ and the ‘unconscious’: i) the *conscious*: the seat of all that is immediately accessible and usable in the mental functioning of each person; ii) the *preconscious*: the seat of psychic contents which, although they are or may appear to be momentarily unconscious, can in reality become conscious through a not particularly excessive effort of attention; iii) the *unconscious*: the seat of permanently unconscious psychic contents, which are maintained as such by the force of a mental mechanism called ‘repression’, which can only be overcome by means of special techniques specifically designed for this purpose by psychoanalysis. For this reason, the content of this ‘place of the human mind’ was defined by Freud as ‘the repressed’.

### Repression in the *‘prima topica’*

In this phase of the evolution of Freudian theory, repression is therefore a mechanism of psychic functioning (or, to be exact, one of the various ‘defence mechanisms’ that will later be described individually both by Freud himself and by various other psychoanalysts, in particular by his daughter Anna) whose essential aim is to remove from consciousness those desires, thoughts or memories considered unacceptable and unbearable by the subject, and whose active presence in his conscious mind would cause him displeasure, pain and suffering.

Already in the years of the *‘prima topica’*, that is, practically from the dawn of psychoanalysis until 1923, Freud also added to his vision of the human psyche as divided into the three ‘zones’ a ‘dynamic’ vision, according to which these three ‘areas’ are not simply ‘inert containers’ of the conscious, preconscious and unconscious material, but are in constant interaction with each other: That is, they are not only ‘areas’ of the mind, but also

constitute its fundamental ‘functioning systems’ because, in fact, they activate significant dynamics whenever they come into conflict with each other.

In particular, according to this early view expressed by Freud, repression is essentially a process that takes place on the border between the unconscious and preconscious systems: ‘*its essence consists simply in expelling and keeping something away from consciousness*’ (1915b, p. 37). Its purpose is therefore to protect the balance and psychological well-being of each individual, and it may be considered, in Freud’s view, a universal modality of the human psyche, whose effects are easily evident even in the everyday life of so-called ‘normal’ people, especially in behaviours such as *lapsus* and so-called *missed actions* (Freud, 1904).

### The intrapsychic conflict according to Sigmund Freud in the years of the ‘*prima topica*’

According to Laplanche and Pontalis, ‘*In the framework of the first metapsychological theory, the conflict can be traced schematically, from a topical point of view, to the opposition between the Inc and Prec systems, separated by censorship; this opposition also corresponds to the duality of the pleasure principle and the reality principle, in which the latter seeks to ensure its superiority over the former. One can say that the two conflicting forces are then, according to Freud, sexuality and a repression instance which includes the ethical and aesthetic aspirations of the personality; the repression is likely to be motivated by specific characteristics of sexual representations that would make them reconcilable with the ‘Ego’ and generate displeasure for the latter*’ (Laplanche & Pontalis, 1967).

In other words, according to Freud the intrapsychic conflict is right from the start a *conflict between drives* (and it always will be, even if it takes on different specific connotations over the decades). In the years of the *prima topica*, in particular, it is a conflict between the sexual drives and a group of drives opposed to them, which respond to the individual’s need for survival and the gratification of other biological needs other than sexuality, and which Freud subsequently defined, in alternating phases, *Self-preservation drives* or even *Ego drives*.

Figure 1 shows a schematic representation of the intrapsychic conflict according to Sigmund Freud in the years of the *prima topica*.

### The ‘Oedipus complex’

This theoretical construct, which Freud drew directly from his clinical practice, and which certainly represents one of Freud’s best-known innovations, takes its name from the mythological king of Thebes, the protagonist

of a tragedy by Sophocles (*Oedipus Rex*), who had the unconscious and unfortunate fate of killing his biological father (Laius) and then sexually uniting with his mother (Jocasta).

In the individual's psychic life there is in fact an experience, according to Freud universally widespread, which develops in the period approximately between three and five years of age and which consists, essentially, in a libidinal attachment to the parent of the opposite sex, accompanied by an ambivalent attitude (*i.e.* of 'hate' and 'love' fused together) towards the parent of the same sex.

'Overcoming the Oedipus complex' is, according to Freud, absolutely fundamental for the subsequent psychological evolution of the subject, for his equilibrium as well as for the eventual establishment, if it does not happen in an adequate way, of significant forms of psychopathology (above all of a neurotic type). Freud himself, after all, identified in the Oedipal complex *'the nucleus of neurosis'* (Freud, 1915-17, 1932).

### Psychoanalysis according to Sigmund Freud

In his work, *Due voci di enciclopedia: 'Psicoanalisi' e 'Teoria della Libido'* (1922), Sigmund Freud gives his own view of the scientific discipline he founded. Both definitions were published in 1923, pages 377-383 and 296-298 respectively in the *Handwörterbuch der Sexualwissenschaft*



Figure 1. The intrapsychic conflict according to Sigmund Freud in the years of the *'prima topica'*.

(*Dictionary of Sexology*) printed in Bonn by the Berlin publisher Walter de Gruyter and edited by Max Marcuse.

According to Sigmund Freud, '*psychoanalysis is the name: i) of a procedure for the investigation of psychic processes that would otherwise be impossible to access; ii) of a therapeutic method (based on that investigation) for the treatment of neurotic disorders; iii) of a body of psychological knowledge acquired in this way that gradually accumulates and converges into a new scientific discipline*' (Freud, 1922a).

### Psychoanalytic therapy in the years of the '*prima topica*'

In the years of the '*prima topica*', for Freud the main task of psychoanalytic therapy is to 'allow to emerge in consciousness the repressed psychic conflict' (*i.e.* removed from consciousness because it is unpleasant or painful).

The main techniques introduced by Freud ever since the early years of the '*prima topica*' to help the patient to overcome the resistance that prevents the repressed from accessing the consciousness, are in particular the following: i) hypnosis; ii) interpretation of dreams; iii) free associations.

### The structure of the psyche ('*seconda topica*')

More or less at the same time in which he coined the above definition of psychoanalysis, Freud operated an extremely significant modification of his 'model of the functioning mind' introduced in his '*prima topica*'. In his book, *The Ego and the Id* (Freud, 1922b), he proposed a new scheme to describe the mental apparatus which, without abandoning the distinction between 'conscious', 'preconscious' and 'unconscious' which lay at the basis of his previous conceptualisation, integrated and modified it by systematising it into a single 'functional whole' made up of three 'systems' (also defined 'instances', 'dimensions', 'entities', 'poles', *etc.*).

According to the model proposed by Freud in '*seconda topica*', the psyche is a complex unit made up of three dimensions (with different functions) in relation to each other: i) *Id*: drive pole of the personality; ii) *Superego*: moral consciousness; iii) *Ego*: organised and conscious part of the personality, which has to come to terms with the demands of the *Id*, the *Superego* and the outside world.

With the introduction of his '*seconda topica*', moreover, Freud completes an early revision (already in progress for some years and highlighted above all in his 1920 volume *Beyond the Pleasure Principle*) of his overall 'drive theory'.

## Repression in the '*seconda topica*'

Repression = the ego distances from consciousness: i) traumatic childhood events (source of suffering and anguish); ii) any drive that conflicts: with the outside world; or with internalized social norms (Superego).

In addition: i) the conflict inherent in repression may produce psychoneurotic symptoms; ii) psychic disorders presuppose repression.

## Intrapsychic conflict in neurosis and psychosis after the introduction of the '*seconda topica*'

According to Laplanche and Pontalis (1967, p. 93), '*In the course of Freud's work, the problem of the ultimate foundation of conflict met with various solutions. It should be noted first of all that conflict can be explained at two relatively distinct levels: at the topical level, as a conflict between systems or instances, and at the economic-dynamic level, as a conflict between drives*'. In this respect, the two authors specify: '*the seconda topica provides a more diversified model which is closer to these concrete modes: conflicts between instances, conflicts within an instance, for example between the paternal and maternal poles of identification, which can be found in the Superego*' (idem, p. 94).

As we can see, therefore, the intrapsychic conflict and its approach in psychoanalysis after the introduction of the '*seconda topica*' becomes very complex: Freud deals with this theme in various works, proposing at first (in his volume *The Ego and the Id*) a simpler conflict between each of these instances and each of the other two, as well as between the internal contents of each instance, but then also considering the possibility that each of the three psychic instances theorised by the '*seconda topica*' could in a certain sense 'form an alliance' with one of the other two in order to gain the upper hand over the third.

In order to bring into a simpler framework the psychic theoretical and methodological approach to the problem of intrapsychic conflict within the Freudian psychoanalytic model, Brenner (1976) proposes the following conclusion:

'We can say, very generally, that there are three kinds of conflicts. In the first, we have a conflict between one or more instinctual derivatives and the more mature, organised and coherent part of the psyche: in these cases the Superego, if it is already formed, is on the side of the more organised and coherent psychic instances. In the second type of conflict, the organised part of the personality struggles with an unconscious need for self-punishment. Finally, there are the situations in which the self-punishing tendency is allied with a masochistic desire, and both come into conflict with the more mature and organised part of the psyche. In the language of structural theory, the conflicts are between Id and Ego (+ Superego), between Ego and Superego, between Id + Superego and Ego' (Brenner, 1976).

Shortly after the publication of *The Ego and the Id*, in his essay *Neurosis and Psychosis* (1923), Freud enriched his scientific contribution to psychopathology and to the theory of conflict with what he defined as a ‘simple formula’, but which in reality opened up huge, important insights within the psychoanalytic debates of the years to come, regarding the main etiopathogenic difference between neurosis and psychosis. In fact, he states: ‘neurosis appears to be the effect of a conflict between the Ego and its Id, while psychosis appears to be the analogous outcome of a similar disturbance in the relations between the Ego and the external world’ (Freud, 1923). In the same essay, Freud completes this statement with a further specification: ‘the translation neurosis corresponds to the conflict between the Ego and the Id, the narcissistic neurosis corresponds to the conflict between the Ego and the Superego, the psychosis to that between the Ego and the external world’ (Idem, p. 614).

Figure 2 below shows a schematized comprehensive view of the intrapsychic conflicts which Sigmund Freud pointed out over the years in his ‘*seconda topica*’.

In the same years of his transition from the *Prima* to the *seconda topica*, moreover, Freud progressively abandoned his view of the ‘two species of drives’, which he had previously divided into the groups of ‘sexual drives’ and ‘self-preserving drives’ (or ‘ego drives’), substantially preserving the former (which he also begins to define with the Greek term *Eros*) but replacing the latter with the so-called ‘aggressive drives’ (within which he also places the so-called ‘death drive’, later defined with the Greek term *Thanatos*). He

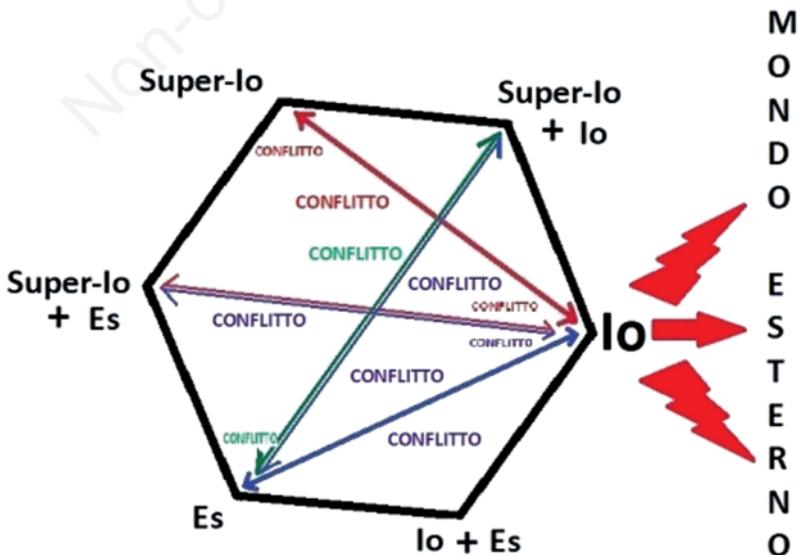


Figure 2. The intrapsychic conflict according to Sigmund Freud in the years of the ‘*seconda topica*’.

justifies the abandonment of his previous concept of 'self-preserving drives' with the consideration that 'both drives appear to act in a conservative way, in the strictest sense of this term, since they appear to aim at restoring a state disturbed by the appearance of life. The appearance of life would then be the cause of the continuation of life and at the same time of the aspiration to death; and life itself would be a struggle and a compromise between these two tendencies' (Freud, 1922b).

### The concept of 'intrapsychic conflict' and its psychotherapeutic treatment in the comprehensive conceptualization of Melanie Klein and her school

Melanie Klein (Vienna, 1882 - London, 1960) was a psychoanalyst who trained first in Austria and then in London, where she became one of the most decisive and influential personalities of the world psychoanalytic movement of all time. She is widely known today in particular for her pioneering work in the field of child psychoanalysis and for her contributions to the development of object relations theory; Her comprehensive theory is characterised above all by the extremely concrete value she attributes to the three psychic instances that characterise the model of the Freudian *seconda topica* (Ego, Id and Superego), by the in-depth study of the most primitive and archaic defence mechanisms already identified by Freud (above all *splitting*, *introjection* and *projection*), and by the identification of other unconscious defence mechanisms whose origin, according to this Author, can be traced back to the first phases of human psychic development.

In particular, the 'unconscious fantasy' is the fundamental activity which, in the long physiological process of psychological and emotional growth that characterises the developmental age, creates and maintains, according to Klein, a sort of 'bridge' between the mind and the body, whose psychic and physical developmental paths are reciprocally connected and sufficiently integrated and harmonised: in individual events characterised by psychopathological experiences, this connection is instead disharmonious and altered, and in some cases, even interrupted. The extreme consequence of this new Kleinian theorisation is that also the 'conflict between the Ego and the external world' which was placed by Freud at the basis of psychosis (*Neurosis and Psychosis*, 1923) is in fact redefined by Klein as a conflict primarily *internal to the 'unconscious object world'*, and that only secondarily to this - in its most intense forms characterised by the active presence of aggressiveness and the *death instinct* - can it also assume the characteristic of *conflict with reality* underlined by Freud.

And this, in my opinion, is not at all a secondary element in the evolution

of psychoanalysis as a psychotherapeutic method; on the contrary it probably constitutes, on the operational level, the most important novelty of those first decades of its history because, differently to what was made explicit by Freud in the definition that he himself provided in 1922 (which he in fact maintained until his death), it brings psychosis into the group of pathologies that can be dealt with and treated with the psychoanalytic technique, suitably modified, of course.

At first, Klein used the psychoanalytic method in the treatment of psychosis, specifically in children, supplementing (and often replacing) the technique of free verbal associations with the technique of child play. Later, both she and her students extended the psychoanalytic method to the treatment of adult psychosis: in my opinion, this can in all probability also be seen as one of the main consequences of having traced all forms of psychopathology back to the various and diversified conflicts active within the mental apparatus, whether between the three psychic instances described by Freud in his *'second topica'*, or between split parts of the ego, between the various forms of drives of both species ('life' and 'death' drives) constantly fed by the biological substratum of each human being and, finally, by the characteristics of the *internal objects*, of their affective representations and characterisations and, *last but not least*, of their reciprocal *unconscious relations*. All this is schematically represented in Figure 3.

Thanks to Melanie Klein's contribution, therefore, the main aim of psychoanalytic psychotherapies has moved from the 'treatment of symptoms' to the 'development of personality', through the reintegration of splitting in the Self, the affective re-characterisation of internal objects and the withdrawal of projective identifications of infantile parts.

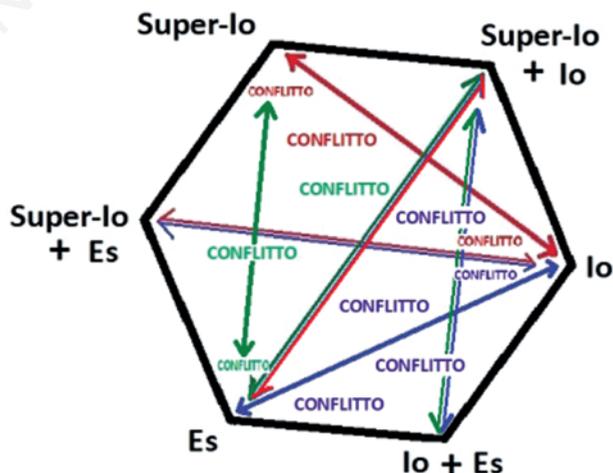


Figure 3. Schematic representation of *intrapsychic conflict* in Melanie Klein's theorisation.

Therefore psychotherapy, in Klein's psychoanalytic approach, appears to be oriented above all towards the reconstruction of the patient's 'inner world', so that it becomes increasingly populated by 'good objects' and is thus easier and more harmonious to integrate into the patient's comprehensive psychological and psychophysical balance.

### The concept of 'intrapsychic conflict' and its psychotherapeutic treatment in the comprehensive conceptualisation of William Ronald Dodds Fairbairn

Like Klein, of whom he can certainly be considered a follower and continuer, even if limited to the first part of his professional and scientific activity, William R. D. Fairbairn has always underlined the need for the psychoanalyst concretely dedicated to clinical activity, to relate to each of his patients, always considering them as a flesh and blood 'person', bearer of extremely concrete experiences and needs with which the professional cannot but relate, with equal concreteness, extreme respect and requisite sensitivity.

Fairbairn accepts the model of Freud's '*prima topica*' without any particular reservation, evidently agreeing with its general aspects: in his comprehensive theoretical approach the concepts of 'conscious', 'preconscious' and 'unconscious' are in fact widely used. However, he presents a structural and functional organisation of the Unconscious that is very different from the one proposed by Freud.

According to Fairbairn, the unconscious is certainly at the basis of every person's psychic life since it is an 'inner world' containing internalised objects with which the deeper structural components of our Ego continually have intensely emotional relationships. In particular, the parts of the Ego that form the unconscious include - in addition to a significant part of the 'Central Ego' that remains as a residue of the original Ego - above all the so-called 'Libidinal Ego' and 'Antilibidinal Ego' (for the meaning of 'Libidinal Ego' and 'Antilibidinal Ego', see below) which already during early and late childhood have the task of regulating the Ego's relations with internalised objects (parents and other significant figures). Consequently, the unconscious presents only immature models of relationships which, however, will profoundly influence the object relations that every human being is programmed from birth to activate, and are established with the outside world not only in childhood, but throughout the course of his existence.

By pushing the Kleinian vision of an unconscious that is in its origins concrete, physical, practically 'material', to the extreme limit, Fairbairn in fact theorises, at this level, the equivalence between 'structure' and 'object'. It is in fact in the unconscious that the relationships the child establishes and consol-

idates with its parents during the first years of life, are internalised and kept extremely 'alive'.

In a more mature phase, these models are externalised to situations in the external social world. Thus, according to Fairbairn, the individual finds himself continually exposed to the difficult situation of being bound to immature relations with internalised objects on an unconscious level while, on the other hand, he tries to establish mature relations with objects on a conscious and rational level. The 'object relations' are, therefore, the most important feature (one might even say the 'absolute protagonists') of the unconscious as it is conceived and described by Fairbairn.

### The repression according to Fairbairn

The repression, according to Fairbairn, is primarily a rejection of the 'bad' object by the original Ego: *'What is primarily removed are neither intolerable guilty drives nor excessively unpleasant memories, but intolerably bad internalised objects'* (Fairbairn, 1943).

This causes a splitting of the original Ego and the subsequent repression of the parts of the Ego that are directly related to the repressed objects, which in turn gives rise to two new intrapsychic structures called respectively by Fairbairn 'Libidinal Ego' and 'Antilibidinal Ego' (the latter was called psychic structure by Fairbairn in the first version of his theory, and given the significant term of 'internal saboteur', as it tends to prevent the subject from consolidating his libidinal impulses in stable positive relations with what Klein would define as 'good objects'). What remains of the original Ego after this split is called the 'Central Ego' by Fairbairn.

Contrary to Freud's assertion, in fact, for Fairbairn the rejection and repression by the not yet split Ego are not only directed towards the 'bad' objects, regardless of whether they are such because of their being 'rejecting' or excessively 'exciting', but also towards the subsidiary parts of the Ego that are connected to the objects by libidinal relations (and, therefore, 'good' objects).

According to Fairbairn, we can therefore define the Central Ego's attack on the subsidiary Ego with the term 'direct repression': nevertheless, this is not sufficient to repress the exciting object, and this is why Fairbairn also refers to an 'indirect repression' by the Antilibidinal Ego *versus* the Libidinal Ego.

The 'direct repression', according to Fairbairn, is therefore activated by the Central Ego *versus* both the Libidinal Ego and the Antilibidinal Ego; the latter, in turn, activates against the Libidinal Ego a further repression, which Fairbairn defines as 'indirect repression', in support of the Central Ego and *versus* the Libidinal Ego. The Antilibidinal Ego, in Fairbairn's model, collaborates therefore with the Central Ego in attacking the Libidinal Ego in a dynamic scheme which clearly shows that, while direct repression occurs against both the Libidinal Ego and the Antilibidinal Ego, indirect repression occurs instead only *versus* the Libidinal Ego.

Therefore, according to Fairbairn the excess libidinal components are subject to a much greater degree of repression than the aggressive ones and, moreover, it is evident to him that repression is originally activated already in the schizoid phase rather than in the depressive phase. One must consequently inevitably assume an early splitting of the original ego in order to justify the fact that one part of this psychic structure, obviously endowed with a charge of dynamic psychic energy, can repress another part of itself also endowed with a charge of dynamic psychic energy.

### The 'object relations' as fundamental basis for individual psychic development

The foundations for an object theory were laid down by Klein, who nevertheless remained firmly anchored to the dual theory of instincts as proposed by Freud. It was from the 1940s onwards, however, that Fairbairn brought about a real 'paradigm shift', which can be summed up in his 'revolutionary' assertion that 'the final aim of the libido is the object' (Fairbairn, 1941), or as he would later say, 'the true aim of the libido is the object', or again, 'The true libidinal aim is the establishment of satisfactory relations with objects; and it is therefore the object that constitutes the true libidinal aim' (Fairbairn, 1946). Thus the aetiology of psychopathology derives substantially, according to this Author, from disturbances in object relations during all the phases of development, since, in the absence of lesions that compromise the normal functioning of the organism, environmental factors are of primary importance to the human being with respect to both the action of drives and other hypothetical innate or constitutional factors.

### Fairbairn's object/relational model of the structure of the human psyche and its implications for the psychotherapeutic process

Fairbairn completely abandons Freud's original use of the concepts of Id, Ego and Superego, and thus also Klein's use of these terms; in fact, he completely rejects the model assumed by Freud's so-called '*seconda topica*'. Furthermore, he argues that the first objects to be internalised are those that Klein would call 'bad' objects, and that this occurs as a form of control of the 'libidinal frustration' generally associated with the weaning experience.

The relationship of ambivalence with the object (the mother) that arises with the advent of the late oral phase is managed by the child through complementary techniques of splitting and integration. In particular the Ego, which according to this Author is initially intact, splits the mother figure into 'good' and 'bad' object, internalising the latter in an attempt to govern it.

In order to better control the 'bad' object after having introjected it, the child, according to Fairbairn, splits it into 'exciting object' and 'rejecting

object', and uses his own aggressiveness, activated by frustration, to repress these objects. However, in this process this aggressiveness is not usually completely exhausted: therefore a further dose of aggressiveness is used by the central Ego to partly split, in a specular way, into a 'Libidinal Ego' and an 'Antilibidinal Ego'.

The difference between Freud's Id and Fairbairn's Libidinal ego lies in the fact that the latter is not an original 'reserve of drives', but a real 'psychic structure' derived from the original nucleus of the central Ego (and therefore more infantile and primitive than what the latter represents in the comprehensive psychic organisation of the adult individual). In Fairbairn's view, repression manifests itself, as has already been stated in this paper, not only towards objects (direct primary repression), but also directly *versus* these two 'subsidiary Egos', which remain linked to the objects by libidinal relationships (the Libidinal Ego with the 'exciting' object; the Antilibidinal Ego with the 'rejecting' object).

Obviously, for Fairbairn, this psychic process of repression of exciting and rejecting objects is never totally completed but must be continually confronted again. Thus the central Ego operates, by means of an aggressive drive originated by the frustrations suffered, a direct ('secondary') repression aimed both at the Libidinal Ego and to the Antilibidinal Ego: The latter, using the energy deriving from its residual aggressiveness, maintains active towards the Libidinal Ego a further form of distancing of the latter from consciousness (a process defined by Fairbairn as 'indirect' repression), which not only gives rise to the phenomena already known as 'resistance' within the psychotherapeutic process, but also actively contributes, in everyday psychic life, to the maintenance of the mechanism of repression *versus* the Libidinal Ego.

In synthesis, therefore, the 'fundamental endopsychic situation' proposed by Fairbairn posits a central Ego, residual of the original Ego but more evolved than it, which is partly conscious, partly preconscious and partly unconscious, and interacts continuously with two subsidiary Egos, both completely unconscious, called respectively 'antilibidinal Ego' and 'libidinal Ego'. The latter originates from the introjection of the pre-ambivalent 'rejected object' and from the subsequent splitting by the Ego of this introjected object into 'rejecting object' and 'exciting object' and kept unconscious by the action of direct and indirect repression.

Fairbairn (1944, 1946) called this organization of the Ego 'fundamental endopsychic structure' or 'dynamic structure'; it is based on the age-old technique of *divide et impera* as regards regulating the libido and aggressiveness (Fairbairn, 1944, 1946). After introducing it, he brought subsequent modifications to this comprehensive model of psychic organization and presented a detailed description of his final vision of the structure of the human psyche in *Synopsis of an Object-Relations Theory of Personality*, (1963), available also in Italian on pages 169-170 of his volume *Il piacere e l'oggetto: scritti 1952-1963* under the title *Sinossi della teoria delle relazioni oggettuali applicata alla personalità*.

In particular, Fairbairn states that, in his view:

'1) An Ego is present since birth.

2) The libido is a function of the Ego.

[...]

9) Two aspects of the internalized object, namely the exciting and the frustrating, are split off from the principal object nucleus and removed from the Ego.

10) Two repressed internal objects are thus constructed, the exciting (or libidinal) object and the rejecting (or antilibidinal) object.

[...]

12) Since the exciting object (libidinal) and the rejecting object (or antilibidinal) are both invested by the original Ego, they also bring with them, in the repression, the parts of the Ego with which they are invested, while the central nucleus of the Ego (central Ego) is not repressed and is the agent of repression.

13) The internal situation that follows is constituted by the original Ego split into three egoic structures: a central Ego (conscious) connected to the ideal object (Ego ideal), a repressed libidinal Ego connected to the exciting (or libidinal) object, and a repressed antilibidinal Ego connected to the rejecting (or antilibidinal) object' (pp. 169-170, Fairbairn, 1963).

This structuring of the psyche is represented graphically in Figure 4 below. The black arrows represent the dynamics of repression as described by Fairbairn in his later work.

Continuing the detailed description of his model of the psyche, based on internalized relationships that constitute its fundamental structures, in the Synopsis Fairbairn also provides clear indications on the consequent dynamics of human intrapsychic conflicts:

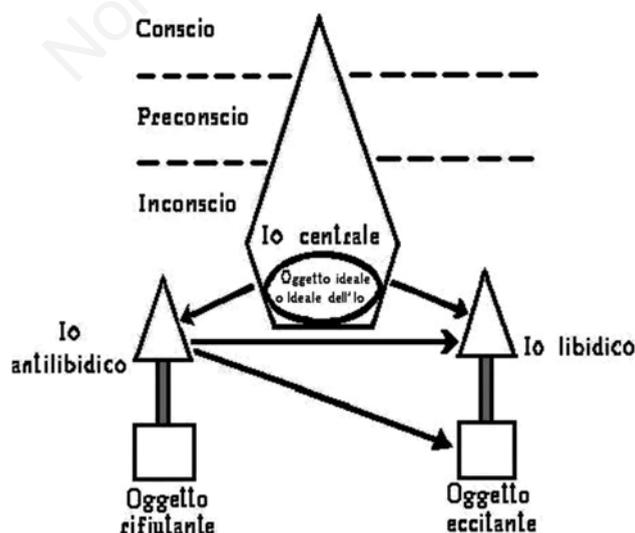


Figure 4. Fairbairn's definitive model of the structure of the human psyche (1963, in 1992).

*'(15) The antilibidinal Ego, by virtue of its connection with the rejecting (antilibidinal) object, adopts an absolutely hostile attitude toward the libidinal ego, and thereby has the effect of reinforcing the repression of the libidinal Ego by the central Ego' (Idem, p. 170).*

This dynamic is shown in red in Figure 5.

According to Fairbairn, all this is not limited to a revision of the purely theoretical aspects of Freudian and Kleinian Psychoanalysis, but also involves significant revisions of the concrete modes of psychotherapeutic intervention. This is how he describes his own thinking in this regard:

*'In the light of these considerations, it seems that however much the psychoanalyst therapeutically assigns himself a neutral role, he cannot escape the need to actively intervene if he is to be therapeutically effective, and it must be acknowledged that each interpretation is actually an intervention. Therefore, in a sense, the psychoanalytic treatment is resolved in the patient's attempt to confine his relationship with the analyst to the closed system of internal reality through transfert, and in the analyst's determination to open a breach in this closed system and to provide conditions in which, in the context of a therapeutic relationship, the patient can be induced to accept the open system of external reality. The possibility of the analyst achieving this goal depends quite significantly on how rigidly, in each individual case, the external reality has been structured as a closed system. The evaluation of this aspect must be considered the real criterion for establishing the suitability of a case for psychoanalytic treatment. However, it would appear that, if the above considerations are well-founded, the actual relationship between patient and analyst constitutes the decisive factor in psychoanalytic treatment, as in any other form of psychotherapy,*

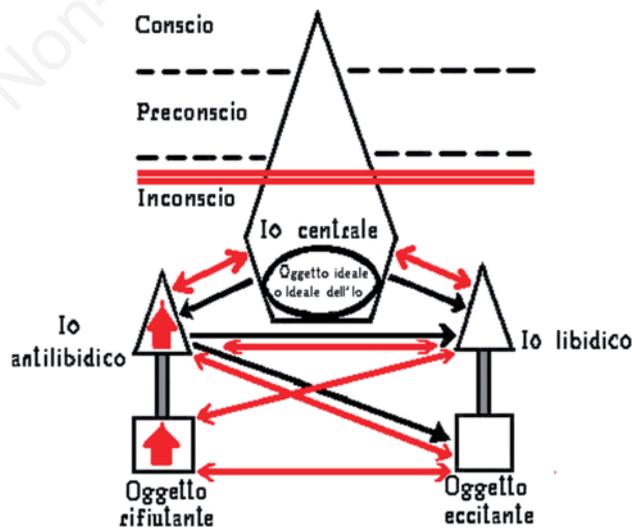


Figure 5. The intrapsychic conflict in Fairbairn's definitive model on the structure of the human psyche.

even if in the case of psychoanalytic therapy it undoubtedly acts in a peculiar way' (pp. 167-168, Fairbairn, 1958).

### The progressive abandonment of the *drive model of psychoanalysis* in favour of the new *relational model*

Thanks to the theoretical and methodological contributions not only of Fairbairn, but also of many other authors who have definitively abandoned the traditional Freudian and Kleinian *drive model* in favour of the new *relational model* as the fundamental basis both for understanding the comprehensive psychic system of human beings, and for using it as the foundation of their psychotherapeutic approach to people, psychoanalysis has completed a process of revision and transformation of its original identity which actually began many years previously, not only in Europe, and subsequently spread with very specific and differentiated characteristics to almost all geographical areas of our planet.

In this regard, the renowned Italian psychanalyst, Marco Bacciagaluppi, explains:

'The relational model originated with Ferenczi. [...] Ferenczi's influence was exerted on both sides of the Atlantic, especially through two women he analysed, Melanie Klein in Britain and Clara Thompson in the United States. [...] Melanie Klein ... abandoned Ferenczi's relational paradigm and adopted an even more advanced drive model than Freud's. [...] Members of the British *Middle School*, on the other hand, are clearly in Ferenczi's tradition in terms of a loving relationship with the patient. Fairbairn (1940) speaks of 'genuine emotional contact' in therapy. Winnicott (1958) of a 'basic rapport of the Ego.' [...] Another explicit link with Ferenczi in Great Britain is represented by Ian Suttie. [...]. In the United States, Ferenczi contributed to the creation of the interpersonal-cultural school, thanks to Clara Thompson, analysed by him, and Fromm, his great admirer. [...] Without the constraints of Freudian orthodoxy, the American interpersonal-cultural school - founded later by Fromm, Sullivan, and Thompson - was free to develop Ferenczi's themes. [...] All these Authors can be defined as relational in a broad sense. [...] Other contributions in this field were given by Mitchell (1988 and 1993), Skolnick and Warshaw (1992), Aron and Sommer Anderson (1998), Bromberg (1998/2001), Donnel Stern (1997, 2010) and Hirsch (2008)' (Bacciagaluppi, 2012).

And this list of authors belonging to the so-called *relational model* in the broad sense, can no doubt continue for a very long time, for example, citing other names of international renown such as Jay R. Greenberg (author with Mitchell of the now 'classic' volume *The object relations in psychoanalytic theory*, published in Italy in 1986).

Finally, Bacciagaluppi concludes: 'one can justifiably apply the term 'psychoanalysis' to the relational model. It has in common with classical psychoanalysis the three fundamental concepts that Freud himself consid-

*ered necessary to define a therapy as psychoanalytic: i) the unconscious; ii) resistance; iii) transference (Freud, 1914a)* (Idem, p. 165).

In the course of the debates in the 1960s, 1970s and 1980s, the problem of conflict in psychoanalysis, but from significantly different points of view than those characterizing the ‘relational’ current, has been dealt with extensively by various other authors who are well known in Italy (e.g. Wilfred Bion, Merton Gill, Robert Holt, George Klein, Joseph and Anne-Marie Sandler, *etc.*) and therefore should be mentioned here.

A specific exploration of their contributions on this topic is undoubtedly beyond the scope of this paper: However, I think it is useful to mention them because, although they start from different angles, many of their contributions come to express, in ways at least partly similar to those of authors from a more specifically relational field, interesting points of convergence between the theory of conflict and intersubjectivity on the one hand (for example with the thorough exploration of concepts such as those of *countertransference*, *setting* and *field*) and the subsequent contributions of the Neurosciences on the other. I will therefore try to go back to some of these topics in the concluding part of this paper.

In fact, however, in recent decades the definitive abandonment of the drive psychoanalytic model by an increasing number of important psychoanalysts, both European and American, as was pointed out for example by Massimo Fontana (2016), has had important repercussions not only on the comprehensive conception of the functioning of the human mind, and on the marked appreciation of the real relationship between patient and analyst in view of the outcome of psychoanalytic psychotherapy, but also on the role and meaning attributed to intrapsychic conflict in the aetiology of mental disorders and pathologies, whose ‘focus’ has also progressively shifted from the *intrapsychic* dimension to the *relational* one.

Indeed, this Author has noted in this regard:

*‘As far as aetiology is concerned, the Freudian (and Ego Psychology) tradition carries with it a conception of psychopathology as the result of internal struggles (of intrapsychic conflicts) between drives rooted in the biological sphere, and defences of the Ego. The theories of Object Relations (Fairbairn, Winnicott) and, in other ways, the Psychology of the Self (Kohut) and the interpersonal tradition (Sullivan), instead, see in the incomplete responses to childhood needs by caregivers, or in the dysfunctionality of real relationships with others, the cause of disorders in psychological development’.* (Fontana, 2016).

Meanwhile in Europe, at least in the first two or three decades after Fairbairn’s contributions, and especially thanks to the Authors of the so-called *Group of English Independents* (a group that is often defined as *Middle Group* or *Middle School*, some of whose best known exponents are Winnicott, Guntrip, Kahn and Bowlby) the fundamental cause of psychological disorders is definitely indicated in the incomplete responses to the

needs of children by the caregivers, and in the negative consequences that this entails on the ability to relate to others and to one's own life, in the United States, the *focus* on the nucleus of psychic problems gradually shifts from the dyadic - or at least circumscribed - dimension of the relationship between the child and the mother or between the child and his or her close family unit, to that of the comprehensive relationships that the individual establishes with all the other significant figures throughout the course of his or her existence.

One of the American authors most responsible for this change of perspective is undoubtedly Stephen Mitchell (1988), identified by Massimo Fontana as the first author who, on the basis of the radical *paradigm shift* which took place in Psychoanalysis in the previous decades, with the move from the *drive model* to the *relational model*, highlighted the need, in the context of understanding the etiological dynamics of psychic issues, to replace the concept of *intrapsychic conflict* with that of *relational conflict*.

Indeed, it is the concept of *relational conflict* introduced by Mitchell, as pointed out by Fontana, that allows the overcoming of the rigid and sterile opposition between *intrapsychic conflict* (on which Freudian and Kleinian *drive* psychoanalysis was focused, but also the already *objectual* one on which Fairbairn's model was based) and *relational deficit* which constituted the nucleus of the etiopathogenetic theories of the Authors of the *Middle Group*.

Yet another, no less significant innovation, in Fontana's view, helped make American relational psychoanalysis even more significant in its explanatory and applicative effectiveness in the final decades of the last century. This involved the partial replacement of the defence mechanism of *repression* with that of *dissociation* in the not only pathological, but also *normal* functioning of the human mind.

'The rediscovery of the concept of dissociation, linked to the reawakening of interest in real trauma since the mid-1980s, brought about a certain upheaval in psychoanalysis... [...] This upheaval can be reduced to its essential factors by stating that in psychoanalysis, there are currently two different ways of understanding dissociation: one resolves the problem by bringing back the Freudian approach, and identifying it as one of many defence mechanisms and, specifically, as a way in which the individual actively protects himself from traumatic memories experienced as intolerable; the other, increasingly widespread, closely follows Janet's perspective, considering dissociation as the consequence of psychological traumas that damage the integrative faculties of consciousness. Even if not actually stated in so many words by a psychoanalyst, one can report an eloquent comparison formulated by Liotti (1999) to represent the latter view: 'to consider dissociation as a defence would be analogous to considering bone fractures as defensive reactions to physical traumas' (Idem, p. 6).

Therefore, in the perspective of American relational Psychoanalysis and thanks above all to the specific innovations introduced by Bromberg (1998/2001), 'the mind is intrinsically (and normally) structured on dissociation, insofar as it is constituted from its origin by the multiple Self/Other configurations which derive from the various significant interpersonal relationships. The mind, therefore, is intrinsically dissociated because it is inevitably part of the development of every individual constituted by multiple Selves, each one adapted to its own specific relational field and needing to be able to express itself fully in order to realise its potential, consolidate, and allow the full and authentic involvement of the person in every relationship' (Ibidem, p. 6.).

Furthermore, I would like to draw particular attention to the fact that this recovery - operated as pointed out mainly by Bromberg - of dissociation as a fundamental defensive mechanism in response to psychic trauma, at least as much as repression, is inserted in an absolutely harmonious way both in the previous comprehensive theorisation of 'traditional' Freudian Psychoanalysis, and in the specific and more recent subsequent theoretical evolution which is characteristic of the Italian *relational psychoanalysis*, in a markedly original way.

Indeed, Marco Bacciagaluppi, a Milanese psychoanalyst very close to Bowlby and Fromm, states verbatim in one of his interviews (given in 1998 to Michele Minolli, one of the principal founders of the Italian Society of Relational Psychoanalysis, and published in the journal *Ricerca Psicoanalitica*, owned and edited by the Association): 'In *Attachment* (Bowlby, 1969, pp. 10-11 in the original) Bowlby reviews Freud's conception of trauma. He basically accepts Freud's notion that an event is traumatic when the mental apparatus is subjected to excessive amounts of stimulation. Bowlby concludes that separation and loss 'are simply a particular example of the kind of event Freud considered traumatic' (op. cit., p. 11). I will therefore use the traumatic separation as a paradigm of the traumatic situation.

Of the three stages of a child's response to traumatic separation, protest is an expression of separation anxiety, despair is a manifestation of grief, and detachment is the consequence of a defence against these emotions (Bowlby, 1973, p. 27 in the original). The defence is denial, repression, and, perhaps most often, dissociation. Bowlby (op. cit., p. 29) notes that this same sequence was described by Freud in the final part of *Inhibition, Symptom and Distress* (Freud, 1926).

In the light of the above, it seems to me that I can state that the event is traumatic, while the defences tend to mitigate the consequences, although they, in turn, have negative consequences on the development of the personality' (Minolli, 1998).

It is precisely in the comprehensive systematisation of Italian *relational*

*psychoanalysis* that, at least in my opinion, these contributions, from various historical sources on the *conflict* and *defences* that characterise human nature and personality, are reunited in a coherent model both on a theoretical level and in terms of its validity in the field of application and therapy.

In Italy, in particular, the *relational psychoanalytical model* in its comprehensive sense began to develop between the end of the 1970s and the beginning of the 1980s, giving rise to a number of Societies and Schools of Psychoanalysis which are now present in various Regions on our national territory and which, through the production of original contributions, have above all tried to build up their own specific identity in recent decades. Among these, in particular, I will now focus on the theme of interpreting *conflict* and its relationship with the technical and methodological methods adopted to deal with it in the psychotherapeutic field through the model of the so-called *relational psychoanalysis*.

The main peculiarities of this approach, compared to other approaches present within the *relational model in a broad sense*, both Italian and international, consist in my view of two further innovative elements adopted in the approach, namely the use in the psychoanalytic field of the most recent theorization concerning the so-called *complex dynamic systems*, and the particular attention paid to the *actual relationship between psychoanalyst and patient* as a ‘privileged access key’ both for understanding the latter’s relational conflicts, and for their subsequent use for psychodiagnostic and psychotherapeutic purposes.

### The concept of *relational conflict* according to current *relational psychoanalysis* and its consequences on psychotherapeutic treatment modalities

We need to take into consideration at least four theoretical assumptions of the current *relational psychoanalysis*: i) the overcoming of both the concept of intrapsychic conflict and that of relational deficit, in favour of the concept of *relational conflict*; ii) the constant co-presence, in the process of structuring and dynamic functioning of the human mind, of at least two fundamental defence mechanisms, albeit acting in different degrees and often associated with other mechanisms: *repression* and *dissociation*; iii) the view of the *human personality as an inseparable part of a complex of dynamic systems*, with which it is in a constant mutually active relationship; iv) the conception of the *psychoanalytic relationship* as an expression of the relational conflicts present within the complex system ‘patient-therapist’ (or ‘patients-therapist’ in the case of a couple, or of group treatment), and therefore of its essential characteristic as the privileged object of analysis.

On the basis of these four theoretical assumptions, the explanatory

model of normal or dysfunctional functioning of the individual is based on at least the following five specific constructs: i) the 'I-subject'; ii) the 'auto-eco-organisation'; iii) 'consciousness of consciousness'; iv) 'creativity'; v) 'presence to oneself'.

All these constructs will now be taken into consideration more specifically, in accordance with the definitions in use in contemporary *relational psychoanalysis*.

As far as the first of these four constructs is concerned, Michele Minolli (2015) specified that:

- *The I-subject is one* - To affirm that the I-subject is one radically combines diversity with unity, the parts with the whole, respecting the I-subject as such and avoiding the absolutization of a part or a holistic view of the whole;
- *The I-subject has several parts in interaction with each other* - the various components or functions must be taken in their interaction. A model that only captures the aspect of unity and does not help to understand the recursive functioning of the subject between its parts and the whole is not adequate;
- *The I-subject is in relation to the external world* - It would not make much sense to deal with an I-subject that is estranged from the interactive reality in which it is necessarily embedded. And this, in particular, with respect to the influences and modes of retroactive incidence in the interactions with the external object' (Minolli, 2015).

As for the concept of 'auto-eco-organization', Minolli claims that: *'Two or more interacting systems give rise to changes that are always determined by the unit that receives the perturbations. Both the system and the environment are sources of reciprocal perturbation, and it is only from the point of view of an external observer that the change in the system is thought of as being determined by the environment or by the interior'* (Minolli, 2009). The Author then continues: 'Any consideration that leads to accentuating one or the other of these incidences is clearly dependent on the point of view adopted. If we go beyond this, that is, if we try to consider the I-subject as it presents itself to itself and to others, it is always the result of auto- and eco-organisation' (Idem, p. 53).

Furthermore, Massimo Fontana points out in this regard:

*'This auto-organisation - or auto-eco-organisation', as Morin (1985) and Minolli (2009) prefer to call it, in order to underline the overcoming of the dualistic logic - is a crucial principle of that manner of theoretically framing the development in a relational perspective: thanks to it, it is possible not to slip into a surface interactionism which, instead of grasping the transactions taking place in the relational field, limits itself to dividing development factors between internal and external, as if they were independently conceivable realities'* (Fontana, 2016).

Just as the principle of 'auto-eco-organisation' appears to be, therefore, absolutely fundamental in determining the conception of the I-subject as

always inextricably connected with the environment in which it is born and lives, so the concepts of ‘Consciousness of consciousness’ and ‘Creativity’, according to Minolli, appear equally linked to the original principle of ‘Presence to oneself’, which this Author considers the fundamental reference point for a real possibility, by no means taken for granted, of ‘taking one’s life into one’s own hands’.

‘We will use ‘consciousness’ to indicate the capacity of the living being to take on the external and the internal, and thus the capacity to be in relation, consciously and unconsciously, to oneself and to the world. An understanding and being in relation that implies, as Morin (1981, p. 268) stated, a cognitive action, a self/non-self-distinction and, somehow, an auto-transcendentalisation of the self with respect to the non-self. In this light ‘consciousness’ is a capacity with which any living being is endowed: from the cell to the human being. Leaving aside how it works, or cognitive consciousness, as well as the result, or phenomenal consciousness, we will concentrate exclusively on ‘consciousness’ as the capacity of every living being to make a distinction between self and non-self.

We will use ‘consciousness of consciousness’ as the specific capacity of Homo sapiens to deal with and express himself on ‘consciousness’. Only the human being has the prerogative of this qualitative leap that leads him to see ‘consciousness’ by asking himself why and what to do with it’ (Minolli, 2015).

And, finally:

*‘In order to arrive at Presence to oneself, the ‘consciousness of consciousness’ faces many inevitable obstacles: from rejection to reaction, from denial to idealisation, from resignation to renunciation, from delegation to society to taking refuge in pathology. It is not necessary to dismiss a constitutional charter in order to criticise and outlaw the circumvolutions that the I-subject resorts to in order to achieve the quality of Presence to itself. One of the driving forces, perhaps the most effective, that pushes towards Presence is suffering, that is, the malaise of not being able to say that one is oneself for what one is, and therefore being able to take one’s life into one’s own hands’ (Idem, p, 233).*

On the basis of this description of the process towards the acquisition of ‘Presence to oneself’ as described by Minolli in his 2015 work, as well as of its four ‘theoretical assumptions’ previously presented and illustrated, the application to the psychotherapeutic moment of the model of Relational Psychoanalysis is released - in my opinion, almost definitively - not only from the concept of *intrapsychic conflict*, but also from the concept of an *ideal model* towards which everyone should necessarily strive when they begin psychotherapy, according to the approach of today’s *relational psychoanalysis*.

Minolli concludes, in this regard (2009): ‘Every system, and therefore also every human system, follows its own path and finds its own solutions. Whatever its state is, it is certainly functional to its coherence.

There is no ideal model of how it should be. There is no time for change. There is no desirable way of being.

Analysis can only pursue a 'Presence to oneself' of the system. A Presence to oneself that allows one to feel 'well' in one's own historical and therefore current solutions, or to propose changes towards directions established by the system itself. Physics, biology and evolutionary science help us to think of change as a function of the system. It is in the service of the system that we operate. Our importance lies in being 'facilitators' of the I-subject' (Minolli, 2009).

## Conclusions

The comprehensive theorisation of the school of *relational psychoanalysis*, as summarised here above all through the synthesis of Michele Minolli's contribution, would therefore seem to substantially confirm what has already been explicitly affirmed by Massimo Fontana, namely that also for *relational psychoanalysis*, as was already underlined by Mitchell in his 1988 volume, the need to completely overcome the concept of *intrapsychic conflict* (as well as of the concept of *relational deficit* that constituted the nucleus of the aetiopathogenic theories of the Authors of the *Group of British Independents*, such as Fairbairn, Winnicott and Bowlby) in favour of the concept of *relational conflict* is corroborated.

Massimo Fontana specified that this concept 'considers psychological organisation as necessarily linked to the relational field, according to a transactional model in which the ways of giving meaning to experience, and the meanings themselves, are co-constructed in interaction with the other. In this view, there is no *internal* and *external* independent of each other, but a field of interaction in the context of which desires and fears, and every other aspect of psychological life, take shape; for Mitchell, the regulation of the Self proceeds together with the regulation of the field' (Fontana, 2016).

In this regard, Salvatore Zito points out: '*In essence, what the relational revolution has as its main objective is precisely to affect the perspective through which psychoanalysis investigates the psychic subject: no longer an isolated, separate individual whose desires are intrinsically in contrast with external reality, but an intersubjective field within which the subject is born and psychologically develops*' (Zito, 2017).

In psychology, the concept of 'field' undoubtedly goes back a long way, right to the early fundamental contributions that Kurt Lewin and the authors adhering to the theory of *Form Psychology* expressed in the first half of the last century. It was used and considered with extraordinary attention by the three fundamental models of Physics that were established in the early 20<sup>th</sup> century, as well as by the previous ones, that is to say in the model of the

'gravitational field' introduced by Newton and then radically modified by Einstein (1687; 1916), the 'electromagnetic field' model of Faraday and Maxwell (1812; 1864) and, finally, in the so-called 'quantum field theory' introduced in 1926 by Schrödinger and Dirac and later developed by many other authors, among whom we need only mention Heisenberg, Pauli and Oppenheimer (c. 1926; 1950). In more recent times, it has been used several times - both directly and indirectly - also by many psychoanalytic authors: we find, for example, a very evident reference to it, albeit indirectly, in the concept of symbiosis at the basis of the theory of 'separation-individuation' formulated in the 1950s by Margaret S. Mahler. Subsequently it was also implicitly taken up by Winnicott and Bowlby (within, respectively, their specific concepts of 'mother-child dyad' and 'attachment'); moreover, it was used more and more explicitly, especially by authors of Kleinian and Bionian derivation, with particular reference not only to the interaction between the child and the mother (or, in any case, between the child and the figure of its primary caregiver) but also and above all to the interaction between the patient and his analyst (probably starting with the contribution of the Baranger couple, 1961-1962, up to those of various authors, including Italian ones, among whom we can mention for example Corrao, Chianese, Riolo, Gaburri and Ferro, 1981-1997).

Further significant reflections on this subject have also been developed over the past two decades by various Authors of psychological extraction (including, but not only, psychoanalytic authors) who have sought a possible integration between the knowledge on the fundamental role played by the *caregiver* figure in the child's primary development, and that produced by other areas of research, such as Neuroscience (Gallese, Migone, Daniel Stern, Morris Eagle, Damasio, Schore, *etc.*). What I would like to observe in this regard is above all what follows:

- i) If, on the one hand, the abandonment of the concept of 'intrapsychic conflict' in favour of that of 'relational conflict' seems definitive, at least in some sectors of *relational psychoanalysis* (and in particular in Italian *relational psychoanalysis*), how does the latter concept of 'relational conflict' relate to those of 'conflict' in general and of 'field', concepts which are still extremely present and the object of keen interest on the part of Italian and international psychoanalysis?
- ii) If the concept of 'relational conflict' has its roots in the work of European and American psychoanalysts who have definitively abandoned the drive model in favour of the relational one, as initially indicated by Ferenczi almost a hundred years ago, is it possible to find in any of these contributions useful hints to overcome the current distance, still present between the various sectors of psychoanalysis which consider it opportune, even if from different points of view, to continue to use it both as an explanatory model of the functioning of the human mind, and as a 'guideline' for its applications in psychotherapy?
- iii) What direction can current psychoanalysis, and in particular the School of *relational psychoanalysis*, take in order to produce the integrations necessary to overcome the significant gap between psychoanalysis and neuroscience on

the one hand, and psychoanalysis as a whole and relational psychoanalysis on the other?

I shall start by presenting a general outline I hope will be useful to continue the research in all these directions, although I am aware that I cannot claim to have exhaustive answers to any of these questions at the present time, in the opposite sense to how I have expressed them, in the hope of being able to encourage at least further stimuli for research in addition to what we have so far produced. With regard, therefore, to the third of these questions, it seems to me that a general push in the direction I advocate can come from, for example, the contributions of Allan Schore, who for years has indicated in Bowlby's attachment theory a potentially useful model for overcoming the gap that still exists between psychoanalysis and neuroscience. As is well known, in fact, this model presupposes four different *types of attachment*, shown in Figure 6 below, which in turn give rise to four different *styles of attachment*, each of which produces in the child the organisation of specific *Internal Working Models (I.W.M.)* which constitute the fundamental *patterns* of functioning in later life.

Whereas Bowlby's model has already been widely validated and used both by many psychoanalysts and by many neuroscientists, in the context of the progressive reciprocal integration between the two disciplines they represent, the concept of *Dissociated Internal Working Models (D.I.W.M.)* pro-

**TYPES OF ATTACHMENT**

Type	A	B	C	D
Denomination	Avoidant	Secure	Ambivalent	Disorganized
Basic psychic state in the child	Insecure and anxious	Sufficiently calm, normal	Anxious and insecure	Confused, extremely insecure and anxious
Attachment originally established by the parents in their childhood (A.A.I.)	Dismissing	Sufficiently secure	Insecure and preoccupied about the attachment established in early childhood	Traumatic and unresolved
Attitude of the mother towards the child	Rejecting	Sensitive to the child's needs	Insensitive to the child's needs	Chaotic, unpredictable
Attitude of the child in the 'strange situation'	The child does not show anger towards the mother in the S.S. but avoids her when she returns	When the mother returns the child welcomes her than starts playing again calmly	Seeks the mother when she is absent, angry resistance towards her when she returns	The child enacts stereotypical behaviours, it is surprised/astonished when the mother leaves
Internal Working Models of the child (I.W.M.)	Dismissing style	Secure style	Preoccupied style	Fearful-avoidant style

Figure 6. The fundamental *types of attachment* according to Bowlby (1969-1980) and subsequent *styles of attachment* produced in the child by the relative *Internal Working Models (I.W.M.)*.

posed by Albasi in an article published in 2005 in the S.I.P.Re. Journal *'Ricerca Psicoanalitica'* can in my opinion build further 'bridges' not only between attachment theory and psychoanalysis of relationships, but also between the latter and the neurosciences, or at least those which for a number of years have established a reciprocally constructive and productive appraisal with the attachment theory.

Consequently, as regards the second of the three broad questions formulated above, and precisely on the basis of the answer already given to the third question, one might respond positively by proposing, as a model of mental organisation on which the *relational conflict* that I would like to deal with now is established and must be managed, a new model that seeks to integrate Bowlby's contribution (which provides ample indications above all regarding the ways of relating personally to others) with the final model on mental structure proposed by Fairbairn in 1963, then modified by David P. Celani in the volume *Fairbairn and the Object Relations Tradition* edited by Clarke & Scharff (2014 pp. 397-429 and further modified by me in 2015). In Figure 7 below, I present a new graphic schematization of this model of mental organization, in which the three 'internal objects' are represented not only by simple geometric figures, but also by photographic images that attempt to visually synthesize their respective emotional characterizations as I believe they are outlined in the works of the Scottish psychoanalyst.

Starting therefore from the modified Fairbairn model represented here,

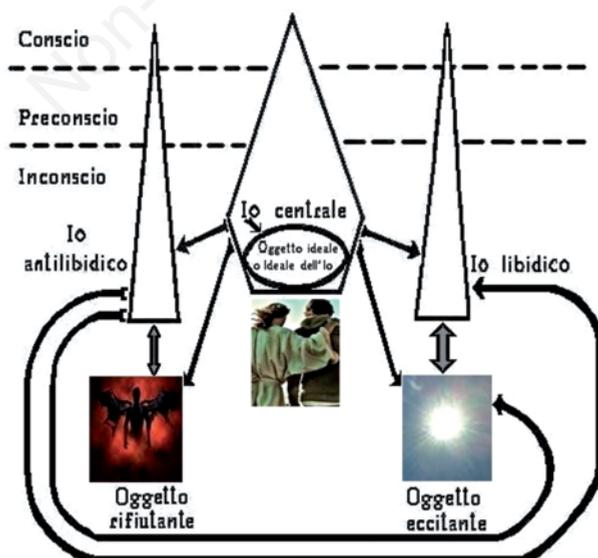


Figure 7. Fairbairn's 1963 model as modified by Celani (2014) and Frati (2015).

in the following four figures I will try to hypothesize and consequently represent the different situations of relational conflict which in my opinion could substantially characterize each of the four fundamental *attachment styles* as outlined in Bowlby's current attachment theory, using however only, in this regard, the reciprocal relationships between the three internalized objects as defined by Fairbairn himself, and not the psychic structures that originated from them: precisely because I intend to deal with *relational conflict* and not with *intrapsychic conflict*.

In the following four figures, the red arrows represent the directions in which each of these internalised objects seeks to exert its control over the other two, or at least over one of them. Of course, these schematisations represent only hypotheses concerning absolutely theoretical models of *relational conflict*, since they never occur in reality in *pure* form but, in individual clinical situations, they are always combined with each other in the most varied forms.

i) In the theoretical model of the *secure attachment style*, represented in Figure 8, the Ideal Object (or 'Ego Ideal') usually maintains a sufficient level of control over both the 'rejecting' internal Object as well as the 'exciting' internal Object, so that the relational conflict presented by people with this style of attachment is usually quite low and generally not particularly problematic, except in particular situations of real adverse events, stress or tensions which can always occur in the course of life but most often have a transitory character. In people mainly characterized by this style of attachment, there is also a generally acceptable or good 'Presence to oneself' (Minolli, 2009).

ii) In the theoretical model of the *dismissing attachment style*, represented in Figure 9, it is instead the 'rejecting' internal Object that exercises its control and dominion over both the 'exciting' internal Object and the Ideal Object, so that

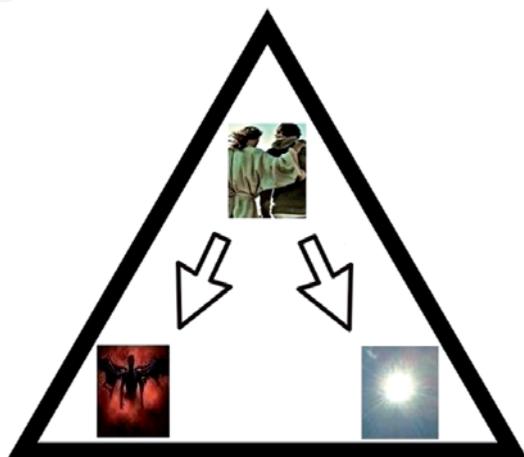


Figure 8. The theoretical model of *relational conflict* in people characterized by predominance of *secure style of attachment*.

the relational conflict presented by people with this style of attachment is usually quite high, resulting in particularly problematic behaviour, even self-harming and potentially self-destructive forms. The 'Presence to oneself' is usually insufficient, inadequate, precisely because the internal 'rejecting' Object tends to exercise a function of recurrent, and in some cases even frequent, damage or disturbance towards the Ideal Object.

iii) In the theoretical model of the *preoccupied attachment style*, represented in Figure 10, it is instead the 'exciting' internal Object that exercises control and dominance over both the 'rejecting' internal Object and the Ideal Object, so that the relational conflict presented by people with this attachment style is usually

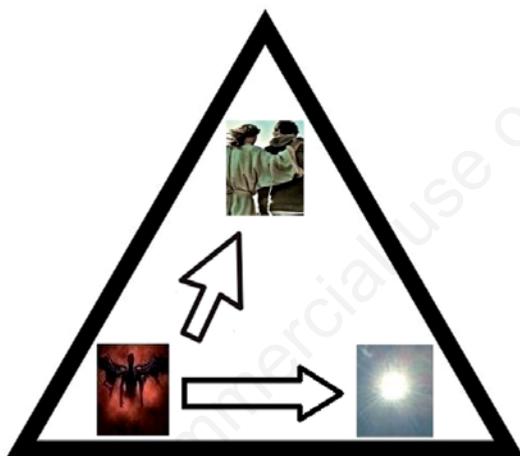


Figure 9. The theoretical model of *relational conflict* in people characterized by predominance of *dismissing attachment style*.

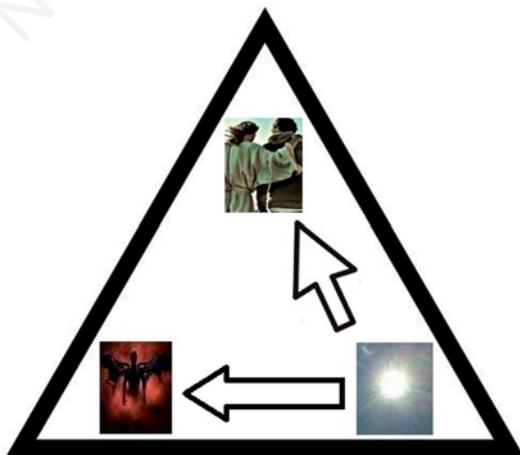


Figure 10. The theoretical model of *relational conflict* in people characterized by predominance of *preoccupied attachment style*.

quite high but not necessarily characterized by particularly problematic behaviour at the level of hetero- or self-directed destructiveness. Even the 'Presence to oneself' is usually limited, because in these cases the internal 'exciting' Object tends to exercise with considerable frequency a function of significant disturbance towards the Ideal Object.

iv) Finally, Figure 11 shows the theoretical model of the *fearful-avoidant attachment style*, in which both the exciting internal Object and the rejecting internal Object tend to exert their control and domination over the Ideal Object, so that the relational conflict presented by people with this attachment style is usually quite high and potentially characterized by particularly problematic behaviour both in terms of hetero- or self-directed destructiveness and, in an even higher form, by emotional and affective ambivalence. The 'Presence to oneself' is usually poor or at least significantly limited, because in these cases it is both the 'rejecting' and the 'exciting' internal Object that tend to exercise with high frequency a significant function of disturbance towards the Ideal Object.

The seriousness of each of these forms of relational conflict, of course, is not only determined by the type of control that one or two internal objects tend to exert over the others, but also by the quantitative level with which this control is exerted.

Therefore, after providing a substantially affirmative answer - with the help of a 'model of internal relational conflict' based on a proposed integration of the theoretical contributions of Bowlby and Fairbairn - to the second of the three questions expressed above, I will now try to provide an answer to the first question. In order to do so, I will mainly use the theoretical contributions provided by a recent psychoanalytic diagnostic tool, the OPD (2009), on the basis of the analysis made by some authors of the school of relational psychoanalysis, in particular by Maria Luisa Tricoli (2017).

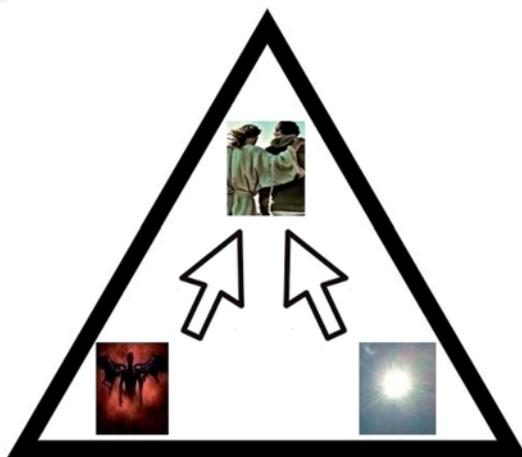


Figure 11. The theoretical model of *relational conflict* in people characterized by predominance of *fearful-avoidant style of attachment*.

In fact, the latter author points out that the OPD, 'by adhering to a conflictual, but not strictly Freudian, view of human functioning, identifies seven types of conflict, *i.e.* unresolved tensions that determine the person's experience and behaviour and that can be inferred from the clinical interview (Stanghellini 2009, pp. 215-216): dependence *vs* autonomy, submission *vs* control; caring *vs* self-sufficiency; valuing the self *vs* valuing the other; egotistic tendencies *vs* pro-social tendencies; oedipal-sexual conflicts; conflicts relating to identity which originate from contradictory representations of the Self' (Tricoli, 2017).

In this regard, the Author observes: 'Leaving aside the fact that the OPD, conforming to a precise theoretical model, focuses on the conflictual aspect that lies behind the observable manifestations, the contrasts identified, disregarding the last two items on the list, can be considered attitudes displayed by every human being, involving the area of affections, thought and behavioural manifestations as a whole' (Idem, p. 132).

In the light of all these considerations, it seems to me possible to conclude this examination of the concept of 'relational conflict' and finally provide an answer to the first of the three questions formulated above, by pointing out how, in the overall panorama of contemporary Italian and international psychoanalysis, not only does that concept still appear to be closely connected both to the idea of 'conflict' in general and to that of 'field' (in the meaning of 'relational field'), but also - and perhaps above all - that through the joint, common analysis of both these aspects, so inextricably present and interacting in the life of every person - the 'conflict' and the 'field' of a person who comes to us - it may sometimes be possible for that person, in the clinical and psychotherapeutic context, to gain a sufficiently adequate understanding of his needs, his difficulties, but also of his potentialities.

In other words, accompanying each of our patients towards the goal of a more satisfactory psychological well-being, a better ability to manage their own conflicts, a greater command over their own lives (that is, to take up the fundamental concept taught by Michele Minolli, of a better 'Presence to oneself'), must necessarily include the acquisition and recognition of a meaning and a sense within the relational field of *that* patient, of his affections and thoughts, of his behaviour, of his own past and present conflicts.

## REFERENCES

- Albasi, C. (2005). Modelli operativi interni dissociati, ovvero che cosa succede quando non viene riconosciuta la specificità. *Ricerca Psicoanalitica*, 16, 3: 331-354.
- Aron, L. (1996). *Menti che si incontrano*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2004.
- Aron, L. & Sommer Anderson, F. (edited by) (1998). *Il corpo nella prospettiva relazionale*. Roma: La Biblioteca, 2004.
- Bacciagaluppi, M. (1996). Le idee di Erich Fromm sulla 'tecnica' psicoanalitica. *Psicoterapia e scienza umane*, 23(3), 1989.
- Bacciagaluppi, M. (2012). *Paradigmi in psicoanalisi. Un modello integrato*. Pisa: Edizioni ETS, 2012.
- Baranger, W. M. (1961-2). *La situazione analitica come campo bipersonale*. Milano: Cortina, 1990.
- Bowlby, J. (1969). *Attaccamento e perdita. Vol. 1. L'attaccamento alla madre*. Torino: Boringhieri, 1989.
- Bowlby, J. (1973). *Attaccamento e perdita. Vol. 2. La separazione dalla madre*. Torino: Bollati Boringhieri, 1978.
- Brenner, C. (1955). *Breve corso di psicoanalisi*. Firenze: Martinelli, 1976.
- Brenner, C. (1976). *Tecnica psicoanalitica e conflitto psichico*. Firenze: Martinelli, 1978.
- Bromberg, M.B. (1998/2001). *Clinica del trauma e della dissociazione*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2007.
- Celani, D.P. (1994). *The illusion of love: why the battered woman returns to her abuser*. New York: Columbia University Press.
- Celani D.P. (2010). *Fairbairn's Object Relations Theory in the Clinical Setting*. New York: Columbia University Press.
- Celani, D.P. (2014). *Revising Fairbairn's structural theory*. In: Clarke & Scharff, 2014, pp. 397-429.
- Clarke, G. & Scharff D. (2014). *Fairbairn and the Object Relations Tradition*. London: Karnac. 2014.
- Fairbairn, W.R.D. (1940). *Schizoid Factors in the Personality*. Ital. trans.: *Fattori schizoidi nella personalità*, in *Studi psicoanalitici sulla Personalità*, cit., pages 25-51.
- Fairbairn, W.R.D. (1941). *Riesame della psicopatologia delle psicosi e delle psiconevrosi*. In: Fairbairn. W.D.R. *Studi psicoanalitici sulla personalità*. Torino: Bollati Boringhieri, 1970.
- Fairbairn, W.R.D. (1943). *The Repression and the Return of Bad Objects (with Special Reference to the 'War Neuroses')*. Ital. trans.: *La rimozione e il ritorno degli oggetti cattivi*, in *Studi psicoanalitici sulla Personalità*, cit., pp. 85-109.
- Fairbairn, W.R.D. (1944). *Endopsychic Structure considered in Terms of Object-Relationships*. Ital. trans.: *La struttura endopsichica considerata in termini di relazioni oggettuali*, in *Studi psicoanalitici sulla Personalità*, cit., pp. 110-168.
- Fairbairn, W.R.D. (1946). *Object-Relationships and Dynamic Structure*. Ital. trans.: *Relazioni oggettuali e struttura dinamica*, in *Studi psicoanalitici sulla Personalità*, cit., pp. 169-184.
- Fairbairn WRD (1952). *Psychoanalytic studies of the personality*. Ital. trans. *Studi psicoanalitici sulla personalità*. Torino: Bollati Boringhieri, 1970.
- Fairbairn, W.R.D. (1958). *On the nature and aims of psychoanalytic treatment*. Int. J. Psychoanal., Vol. XXXIV, 1958, pp. 374-385. Trad. it.: *Natura e scopi del trattamento psicoanalitico*, in *Il piacere e l'oggetto: scritti 1952-1963*, cit., pp. 143-168.
- Fairbairn, W.R.D. (1952-1963). *Il piacere e l'oggetto: scritti 1952-1963*. Edited by Franco Orsucci (Psiche e coscienza). Roma: Astrolabio Ubaldini, 1992.
- Fairbairn, W.R.D. (1963). *Synopsis of an Object-Relations Theory of Personality*. Int. J. Psychoanal., Vol. XLIV, 1963, pag. 224. Ital. trans.: *Sinossi della teoria delle relazioni*

- oggettuali applicata alla personalità. In *Il piacere e l'oggetto: scritti 1952-1963*, cit., pp. 169-170.
- Ferenczi, S. (1924). *Thalassa. Saggio sulla teoria della genitalità*. Milano: Cortina, 1965.
- Ferenczi, S. (1920-32). *Frammenti e annotazioni*. In *Opere*, vol. 4. Milano: Raffaello Cortina, 2002.
- Ferenczi, S. (1932a). *La confusione delle lingue tra adulti e bambini*. In *Opere*, vol. 4. Milano: Raffaello Cortina, 2002.
- Ferenczi, S. (1932b). *Diario clinico*. Milano: Raffaello Cortina, 1988.
- Fontana, M. (2016). *La psicopatologia in Psicoanalisi della Relazione*. Retrieved from: [https://sipreonline.it/wp-content/uploads/2016/10/Fontana\\_Psicopatol\\_-La-psicopat-in-Psi-Rel.pdf](https://sipreonline.it/wp-content/uploads/2016/10/Fontana_Psicopatol_-La-psicopat-in-Psi-Rel.pdf)
- Fontana, M. (2017). *La diagnosi e le sue implicazioni nella clinica psicoanalitica*. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2017.
- Frati, F. (2012). *Il lato oscuro della mente. L'io di fronte ai cambiamenti*. Molfetta: Edizioni La Meridiana, 2012.
- Frati, F. (2013). *La rilevanza dell'opera di W. R. D. Fairbairn per la metapsicologia e la psicoterapia contemporanee*. Ricerca Psicoanalitica: Anno XXIV, n.2/2013, pp. 105-125. Milano: Franco Angeli, 2013.
- Frati, F. (2015). *Il problema della 'rimozione dell'oggetto buono' nel modello teorico-clinico di Fairbairn*. *Psicoterapia e Scienze Umane*: n.3, Vol. XLIX. Milano: Franco Angeli, 2015.
- Freud, A. (1936). *L'Io e i meccanismi di difesa*. Firenze: Martinelli, 1967.
- Freud, S., & Breuer, J. (1892-1895). *Studi sull'isteria*. *Opere*, vol. 1: 161-439. Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud, S. (1894). *Le neuropsicosi da difesa*. *Opere*, vol. 2: 121-134. Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud, S. (1895). *Progetto di una Psicologia*. *Opere*, vol. 2: 201-284. Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud, S. (1899). *Ricordi di copertura*. *Opere*, vol. 2: 435-453. Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud, S. (1899 [1900]). *L'interpretazione dei sogni*. *Opere*, vol. 3: 3-565. Torino: Boringhieri, 1966.
- Freud, S. (1904). *Psicopatologia della vita quotidiana*. *Opere*, vol. 4: 57 - 298. Torino: Boringhieri, 1970.
- Freud, S. (1915-17). *Introduzione alla psicoanalisi*. *Opere*, vol. 8: 191-613. Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud, S. (1915-17 e 1932). *Introduzione alla psicoanalisi. Prima e seconda serie di lezioni*. Torino: Boringhieri, 1969.
- Freud, S. (1917a). *Supplemento metapsicologico alla teoria del sogno*. *Opere*, vol. 8: 89-101. Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud, S. (1917b). *Lutto e melanconia*. *Opere*, vol. 8: 102-118. Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud, S. (1920). *Al di là del principio di piacere*. *Opere*, vol. 9: 187-249. Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud, S. (1922a). *Due voci di enciclopedia: 'Psicoanalisi' e 'Teoria della Libido'*. *Opere*, vol. 9: 435-462. Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud, S. (1922b). *L'Io e l'Es*. *Opere*, vol. 9: 469-520. Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud, S. (1923). *Nevrosi e psicosi*. *Opere*, vol. 9: 607-615. Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud, S. (1926). *Inibizione, sintomo e angoscia*. *Opere*, vol. 10: 231-317. Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud, S. (1932). *Introduzione alla psicoanalisi (nuova serie di lezioni)*. *Opere*, vol. 11: 115-284. Torino: Boringhieri, 1979.
- Freud, S. (1938 [1940]). *Compendio di psicoanalisi*. *Opere*, vol. 11: 569-634. Torino: Boringhieri, 1979.

- Greenberg, J., & Mitchell, S.A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Ital. trans. *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica*. Bologna: Il Mulino, 1986.
- Gruppo di lavoro OPD (a cura di A. De Coro) (2002). *Diagnosi psicodinamica operazionalizzata. Presupposti teorici e applicazioni cliniche*. Milano: Masson, 2002.
- Guntrip, H. (1961). *Struttura della personalità e interazione umana*. Torino: Boringhieri, 1971.
- Hinshelwood, R.D. (1989). *A dictionary of Kleinian thought*. Ital. trans. *Dizionario di psicoanalisi kleiniana*. Milano: Raffaello Cortina, 1990.
- Hirsch, I. (2008). *Coasting in the countertransference. Conflicts of Self Interest between Analyst and Patient*. New York: The Analytic Press, 2008.
- Holt, R.R. (1989). *Freud reappraised*. Ital. trans. *Ripensare Freud*. Torino: Bollati Boringhieri, 1994.
- Klein, M. (1929). *La personificazione nel gioco infantile*. In *Scritti: 1921-1958*. Torino: Bollati Boringhieri, 1978, pp. 227-238.
- Klein, M. (1932). *La psicoanalisi dei bambini*. Firenze: Martinelli, 1970.
- Klein, M. (1957). *Invidia e gratitudine*. Firenze: Martinelli, 1985.
- Klein, M. (1958). *Scritti: 1921-1958*. Torino: Bollati Boringhieri, 1978.
- Klein, M. & Riviere, J. (1964). *Amore, odio e riparazione*. Roma: Astrolabio, 1969.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. Ital. trans.: *Narcisismo e analisi del Sé*. Torino: Boringhieri, 1976.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Ital. trans. *Enciclopedia della Psicoanalisi*. Bari: Laterza, 1973.
- Liotti, G. (1999). *Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology*. In: Solomon, J., George, C. (edited by). *Attachment disorganization*. New York: Guilford Press, 1999.
- Liotti, G., & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2011.
- Minolli, M. (1996). La psicoanalisi della relazione. *Ricerca Psicoanalitica*, VII(1-2), 117-133.
- Minolli, M. (1998). 1897-1997 Cento anni senza trauma reale. Intervista con Marco Bacciagaluppi. *Ricerca Psicoanalitica*, IX(1), 59-69.
- Minolli, M. (2004). Per un Io-Soggetto fatto di legami. *Ricerca Psicoanalitica*, XV(3), 317-329.
- Minolli, M. (2005). Psicoanalisi della Relazione di coppia. *Ricerca psicoanalitica*, XVI(3), 219-242.
- Minolli, M. (2005). Per un Io-soggetto come sistema. *Ricerca psicoanalitica*, XVI(3) 355-374.
- Minolli, M., & Coin, R. (2006). *Per una psicoanalisi della relazione. Psicoterapia e Scienze Umane: Anno XL*, 3, 641-652. Milano: Franco Angeli, 2006.
- Minolli, M., & Coin, R. (2007). *Amarsi, amando. Per una psicoanalisi della relazione di coppia*. Milano: Franco Angeli.
- Minolli, M. (2009). *Psicoanalisi della relazione*. Milano: Franco Angeli.
- Minolli, M. (2011). Tu sei me e io sono te. *Ricerca Psicoanalitica*, XXII(2).
- Minolli, M. (2015). *Essere e divenire. La sofferenza dell'individualismo*. Milano: Franco Angeli, 2015.
- Mitchell, S.A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: an integration*. Ital. trans. *Gli orientamenti relazionali in psicoanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri, 1993.
- Mitchell, S.A. (1993). *Speranza e timore in psicoanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri, 1995.
- Mitchell, S.A. (1997). *Psychoanalysis and the degradation of romance. Psychoanalytic Dialogues* 7, 23-42.
- Mitchell, S.A., & Aron, L. (a cura di) (1999). *Relational psychoanalysis. The emergence of a tradition*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Mitchell, S.A. (2000). *Il modello relazionale, dall'attaccamento all'intersoggettività*. Milano: Raffaello Cortina, 2002.
- Mitchell, S. (2001). Interview with... (AA.VV). *Ricerca Psicoanalitica*, XII(1), 32.

- Morin, E. (1981). *Computo ergo sum*. *Ricerca Psicoanalitica*, XVIII(3), 263-282.
- Morin, E. (1985). *Le vie della complessità*. In Bocchi, G., Ceruti, M. (edited by) (1985). *La sfida della complessità*. Milano: Feltrinelli, 1985.
- Rugi, G. (1998). *Riflessioni sul modello psicoanalitico di campo*. Retrieved from: <http://www.psychomedia.it/neuro-amp/98-99-sem/rugi.htm>
- Schore, A.N. (2003). *La regolazione degli affetti e la riparazione del sé*. Roma: Astrolabio, 2008.
- Skolnick, N.J. & Warshaw, S.C. (edited by) (1992). *Relational perspectives in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Stanghellini, G. & Rossi Monti, M. (edited by) (2009). *Psicologia del patologico. Una prospettiva fenomenologico-dinamica*. Milano: Cortina, 2009.
- Stanghellini, G. (2009). *Conflitto*. In: Stanghellini, G. & Rossi Monti, M. (edited by), *Psicologia del patologico. Una prospettiva fenomenologico-dinamica*. Milano: Cortina, 2009.
- Stern, D.B. (1997). *Unformulated experience from dissociation to imagination in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, 1997.
- Stern, D.B. (2010). *Partners in thought. working with unformulated experience, dissociation, and enactment*. New York: Routledge, 2010.
- Stern, D.N. (1985). *Il mondo relazionale del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri, 1987.
- Stern, D.N., Sander, L., & Nahum, J., Harrison, A.M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A.C., Bruschweilerstern, N. & Tronick, E.Z. (1998). Non-interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy: the 'something more' than interpretation. *International Journal of Psychoanalysis*, 79, 903-921.
- Stern, D.N. (2002). *Why do people change in psychotherapy?* Continuing Education Seminar, ceseminars@aol.com, Los Angeles, CA.
- Stern, D.N. (2004). *Il momento presente*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2003.
- Sullivan, C.T. (1962). *Freud and Fairbairn: two Theories of Ego Psychology*. Doleystown Foundation, PA, 1963.
- Sullivan, H.S. (1959). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York, Norton, 1959. (Ital. trans.: *Teoria interpersonale della Psichiatria*. Milano: Feltrinelli, 1962).
- Sutherland, J.D. (1961). *Introduction*. In Guntrip, H., 1961, cit.
- Sutherland, J.D. (1963). Object-relations theory and the conceptual model of psychoanalysis. *British Journal of Medical Psychology*, 36, 109-124.
- Sutherland, J.D. (1980). The British object relations theorists: Balint, Winnicott, Fairbairn, Guntrip. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 28, 829-860.
- Sutherland, J.D. (1989). *Fairbairn's Journey into the Interior*. London: Free Association Books, 1989.
- Sutherland, J.D. (1994). *The Autonomus Self* (J.S. Sharff, Ed.). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Suttie, I.D. (1935). *Le origini dell'amore e dell'odio*. Prefazione di John Bowlby. Introduzione di Dorothy Heard. Prefazione alla prima edizione di James A. Hadfield. Postfazione di Franco Borgogno. Trans. by Francesco Capello. Torino: Centro Scientifico Editore, 2007.
- Task Force OPD (2009). *OPD-2. Diagnosi psicodinamica operazionalizzata. Manuale per la diagnosi e la pianificazione del trattamento*. Trad, it. Milano: FrancoAngeli, 2009.
- Tricoli, M.L. (2001). Dal controtransfert alla self-disclosure: la scoperta della soggettività dell'analista. *Ricerca Psicoanalitica*, 12(3), 229-245.
- Tricoli, M.L. (2017). *La diagnosi: un processo di senso*. In: Fontana, M. (2017). *La diagnosi e le sue implicazioni nella clinica psicoanalitica* (pp. 127-143). Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- Winnicott, D.W. (1958). *La capacità di essere solo*. Ital. trans. in: Winnicott, D. W. (1965).

- Sviluppo affettivo e ambiente. Studi sulla teoria dello sviluppo affettivo.* Roma: A. Armando, 1974.
- Winnicott, D.W. (1965). *The Maturation Process and the Facilitating Environment* (1957-1963). New York: International Universities Press, 1965. Trad. it.: *Sviluppo affettivo e ambiente. Studi sulla teoria dello sviluppo affettivo.* Roma: A. Armando, 1970.
- Winnicott, D.W. (1971). *Gioco e realtà.* Roma: A. Armando, 1974.
- Zito, S. (2017). *Diagnosi e 'specificità' della persona.* In: Fontana, M. (2017). *La diagnosi e le sue implicazioni nella clinica psicoanalitica* (pp. 145-158). Roma: Giovanni Fioriti Editore.

---

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received for publication: 8 March 2021.

Accepted for publication: 8 September 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

*Ricerca Psicoanalitica* 2021; XXXII:535

doi:10.4081/rp.2021.535

*This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (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 conflitto intrapsichico e l'evoluzione storica del suo approccio psicoterapeutico in psicoanalisi

Fulvio Frati\*

**SOMMARIO.** – Il concetto di ‘conflitto intrapsichico’ costituisce con ogni probabilità uno dei costrutti teorici sui quali la Psicoanalisi ha maggiormente accentrato la propria attenzione, dalla sua nascita sino ai giorni nostri, sia nel percorso di formazione e di modificazione nel tempo della propria struttura teorica complessiva che dal punto di vista della costruzione e del progressivo percorso di affinamento della propria tecnica psicoterapeutica. L'Autore, in questo articolo, cerca pertanto di presentare le principali tappe di questo lungo ed articolato percorso, sino a cercare di descrivere come il concetto di ‘conflitto intrapsichico’ potrebbe ormai considerarsi superato all'interno di uno tra i principali approcci psicoanalitici contemporanei, quello della Psicoanalisi della Relazione.

*Parole chiave:* Conflitto intrapsichico; conflitto relazionale; modello pulsionale; psicoanalisi della relazione; teoria dell'attaccamento.

### Introduzione

Non esiste una precisa ‘data di nascita’ della Psicoanalisi: probabilmente la sua fase iniziale può comunque essere collocata all'incirca nel quinquennio 1890-1895, poiché - come afferma Brenner (1955, pag. 11) - nel 1895 l'evoluzione di questa disciplina appare ‘già ben avviata’. Sono invece chiaramente condivisi dagli storici sia il nome del suo fondatore, Sigmund Freud (1856-1939), sia la caratteristica innovativa fondamentale che sin dall'inizio ha differenziato questa disciplina dalle altre a Lei contemporanee, vale a dire la sistematizzazione scientifica di un concetto in realtà a quel tempo già conosciuto e citato ma ancora scarsamente definito e descritto e, cioè, il concetto di ‘inconscio’.

Sin dall'inizio, sostanzialmente, i principali ‘capisaldi’ della concettua-

---

\*Psicologo, Psicoterapeuta e Psicoanalista SIPRe.  
E-mail: fulviofrati@inwind.it

lizzazione dell'Inconscio operata da questa nuova disciplina sono stati i seguenti: i) la 'psiche' non s'identifica con la coscienza; ii) la realtà psichica primaria non è 'il conscio' ma 'l'inconscio', in quanto il conscio rispetto all'inconscio è in realtà come 'la punta dell'iceberg' (vale a dire solo la manifestazione derivata e superficiale dell'inconscio); iii) nell'eziologia (cioè nello 'studio delle cause') delle malattie psichiche, un ruolo assolutamente fondamentale va sempre e comunque ricercato nel 'conflitto fra forze psichiche inconse' (e quindi non necessariamente, o comunque non soltanto, nella presenza di disturbi organici).

### La struttura della psiche ('*prima topica*')

Nei primi anni di sistematizzazione scientifica di questa nuova disciplina, Freud mise a punto un primo 'modello della psiche' (oggi conosciuto col nome di '*prima topica*') che vedeva l'apparato psichico come suddiviso in tre specifiche 'zone', rispettivamente denominate - sulla base della fondamentale caratteristica di ciò che Freud riteneva che in ciascuna di esse fosse contenuto - come 'conscio', 'preconscio' e 'inconscio': i) *conscio*: sede di tutto ciò che è immediatamente accessibile ed utilizzabile nel funzionamento mentale di ciascuna persona; ii) *preconscio*: sede dei contenuti psichici che, pur essendo o comunque potendo apparire momentaneamente inconsci, possono in realtà divenire consci tramite uno sforzo non particolarmente eccessivo dell'attenzione; iii) *inconscio*: sede dei contenuti psichici stabilmente inconsci, che vengono mantenuti tali dalla forza di un meccanismo mentale denominato 'rimozione' la quale può essere superata soltanto attraverso tecniche apposite e specificatamente al riguardo ideate dalla psicoanalisi. Per tale ragione, il contenuto di questo 'luogo della mente' umana venne definito da Freud come 'il rimosso'.

### La rimozione nella '*prima topica*'

La rimozione, in questa fase dell'evoluzione della teoria freudiana, è quindi quel meccanismo di funzionamento psichico (o, per l'esattezza, uno dei vari 'meccanismi di difesa' che verranno in seguito ad uno ad uno descritti sia da Freud stesso sia da svariati altri psicoanalisti, in modo particolare da sua figlia Anna) il cui fine essenziale è quello di allontanare dalla coscienza quei desideri, pensieri o ricordi considerati dal soggetto inaccettabili ed insostenibili, e la cui presenza attiva nella sua mente cosciente gli provocherebbe invece dispiacere, dolore, sofferenza.

Già negli anni della '*prima topica*', cioè praticamente dagli albori della psicoanalisi sino al 1923, Freud affianca inoltre alla sua visione

della psiche umana come suddivisa nelle tre 'zone' una visione 'dinamica', secondo la quale queste tre 'aree' non sono semplicemente dei 'contenitori inerti' del materiale conscio, preconsciouso e Inconscio, ma sono in perenne interazione tra loro: non sono cioè soltanto delle 'aree' della mente, ma ne costituiscono anche i suoi fondamentali 'sistemi di funzionamento' perché, di fatto, ne attivano significative dinamiche ogni volta che entrano in contrasto tra di loro.

In particolare, la rimozione, secondo questa visione del primo Freud, è essenzialmente un processo che si svolge al confine fra il sistema Inconscio e quello preconsciouso: 'la sua essenza consiste semplicemente nell'espellere e nel tener lontano qualcosa dalla coscienza' (1915b, pag. 37). Essa, la cui finalità è quindi quella di tutelare l'equilibrio ed il benessere psicologico di ciascun individuo, va considerata, secondo Freud, una modalità universale dello psichismo umano, ed i suoi effetti sono facilmente evidenziabili anche nella comune vita quotidiana delle persone cosiddette 'normali' soprattutto in comportamenti quali i *lapses* ed i cosiddetti *atti mancati* (Freud, 1904).

### Il conflitto intrapsichico secondo Sigmund Freud negli anni della 'prima topica'

Secondo Laplanche e Pontalis, '*Nel quadro della prima teoria metapsicologica, il conflitto può essere fatto risalire schematicamente, dal punto di vista topico, all'opposizione fra i sistemi Inc e Prec, separati dalla censura; questa opposizione corrisponde anche alla dualità del principio di piacere e principio di realtà, in cui il secondo cerca di garantire la propria superiorità rispetto al primo. Si può dire che le due forze in conflitto sono allora per Freud la sessualità e un'istanza rimovente che include le aspirazioni etiche ed estetiche della personalità; la rimozione sarebbe motivata da caratteri specifici delle rappresentazioni sessuali che le renderebbero conciliabili con l' 'Io' e generatrici di dispiacere per quest'ultimo*' (Laplanche & Pontalis, 1967).

Il conflitto intrapsichico, in altri termini, è per Freud sin dall'inizio (e lo sarà sempre, anche se assumerà nel corso dei decenni delle connotazioni specifiche tra loro differenti) un *conflitto tra pulsioni*. Negli anni della *prima topica*, in particolare, si tratta del conflitto tra le pulsioni sessuali ed un gruppo di pulsioni ad esse opposte che risponde ad esigenze di sopravvivenza dell'individuo e di gratificazione di altre esigenze biologiche diverse dalla sessualità, e che Freud definirà, a fasi alterne, come *Pulsioni di autoconservazione* oppure anche come *Pulsioni dell'Io*.

Nella Figura 1 viene pertanto schematicamente rappresentata la visione del conflitto intrapsichico secondo Sigmund Freud durante gli anni della *prima topica*.

## Il ‘Complesso di Edipo’

Questo costrutto teorico, che Freud ha tratto direttamente dalla propria pratica clinica e che sicuramente rappresenta una delle più note innovazioni freudiane, prende il nome dal mitologico re di Tebe, protagonista di una tragedia di Sofocle (l’ *‘Edipo re’*), che ebbe l’inconsapevole e sciagurata sorte di uccidere il proprio padre biologico (Laio) e di congiungersi quindi sessualmente con la propria madre (Giocasta).

Nella vita psichica individuale esiste infatti un vissuto, secondo Freud universalmente diffuso, che si sviluppa nel periodo all’incirca compreso tra i tre e i cinque anni di età e che consiste, essenzialmente, in un attaccamento libidico verso il genitore di sesso opposto, accompagnato da un atteggiamento ambivalente (e cioè di ‘odio’ ed ‘amore’ fusi insieme) nei confronti del genitore dello stesso sesso.

Il ‘superamento del complesso di Edipo’ è, secondo Freud, assolutamente fondamentale per la successiva evoluzione psicologica del soggetto, per il suo equilibrio o per l’eventuale instaurarsi, se esso non avviene in modo adeguato, di significative forme di psicopatologia (soprattutto di tipo nevrotico). Lo stesso Freud, del resto, aveva individuato nel complesso edipico *‘il nucleo delle nevrosi’* (Freud, 1915-17, 1932).



Figura 1. Il conflitto intrapsichico secondo Sigmund Freud negli anni della *‘prima topica’*.

## La psicoanalisi secondo Sigmund Freud

Nel suo scritto *Due voci di enciclopedia: 'Psicoanalisi' e 'Teoria della Libido'* (1922), Sigmund Freud fornisce in prima persona la propria visione della disciplina scientifica da lui fondata. Entrambe queste due definizioni furono pubblicate, nel 1923, rispettivamente alle pagg. 377-383 e alle pagg. 296-298 dell'*Handwörterbuch der Sexualwissenschaft (Dizionario di sessuologia)* stampato a Bonn, a cura di Max Marcuse, dall'Editore berlinese Walter de Gruyter.

Secondo lo stesso Sigmund Freud, quindi, *'psicoanalisi è il nome: i) di un procedimento per l'indagine di processi psichici cui altrimenti sarebbe impossibile accedere; ii) di un metodo terapeutico (basato su tale indagine) per il trattamento dei disturbi nevrotici; iii) di una serie di conoscenze psicologiche acquisite per questa via che gradualmente si assommano e convergono in una nuova disciplina scientifica'* (Freud, 1922a).

## La terapia psicanalitica negli anni della *'prima topica'*

Negli anni della *'prima topica'*, per Freud il principale compito della terapia psicanalitica è quello di *'Far riemergere alla coscienza il conflitto psichico rimosso'* (cioè allontanato dalla coscienza perché spiacevole o doloroso).

Le principali tecniche introdotte da Freud sin dagli anni della *'prima topica'* per aiutare il paziente a superare le resistenze che impediscono al rimosso di accedere alla coscienza sono in particolare le seguenti: i) ipnosi; ii) interpretazione dei sogni; iii) libere associazioni.

## La struttura della psiche (*'seconda topica'*)

Più o meno nello stesso periodo in cui conia la definizione di Psicoanalisi sopra riportata, Freud operava una modificazione estremamente significativa del suo *'modello di funzionamento della mente'* introdotto con la sua *'prima topica'*, proponendo con il libro *L'Io e l'Es* (1922b) un nuovo schema di descrizione dell'apparato mentale che, senza abbandonare la distinzione tra *'conscio'*, *'preconscio'* e *'inconscio'* che era alla base della sua concettualizzazione precedente, la integrava e modificava con la sistematizzazione in un unico *'insieme funzionale'* costituito da tre *'sistemi'* (definibili anche come *'istanze'*, *'dimensioni'*, *'entità'*, *'poli'*, ecc.)

Secondo il modello proposto da Freud con la sua *'seconda topica'*, pertanto, la psiche è un'unità complessa costituita da tre dimensioni (con funzioni diverse) in rapporto tra di loro: i) *Es*: polo pulsionale della personalità; *Super-*

*Io*: coscienza morale; *Io*: parte organizzata e cosciente della personalità, che deve fare i conti con le esigenze dell'Es, del Super-Io e del mondo esterno.

Con l'introduzione della sua '*seconda topica*', inoltre, Freud completa una prima revisione (peraltro già in corso da alcuni anni, e già evidenziatasi soprattutto nel suo volume del 1920 *Al di là del principio di piacere*) della sua complessiva 'teoria delle pulsioni'.

### La rimozione nella '*seconda topica*'

Rimozione = l'Io allontana dalla coscienza: i) gli eventi traumatici infantili (fonte di sofferenza e angoscia); ii) ogni pulsione che confligge: con il mondo esterno; o con le norme sociali interiorizzate (Super-Io).

Inoltre: i) il conflitto insito nella rimozione può produrre sintomi psico-nevrotici; ii) i disturbi psichici presuppongono una rimozione.

### Il conflitto intrapsichico nelle nevrosi e nelle psicosi dopo l'introduzione della '*seconda topica*'

Secondo Laplanche e Pontalis (1967, pag. 93), '*Nel corso dell'opera freudiana, il problema del fondamento ultimo del conflitto ha ricevuto diverse soluzioni, Va notato innanzitutto che il conflitto può essere spiegato a due livelli relativamente distinti: al livello topico, come conflitto tra sistemi o istanze, e al livello economico-dinamico, come conflitto tra pulsioni. Specificano inoltre, al riguardo, questi due stessi Autori: 'la seconda topica fornisce un modello più diversificato e più vicino a queste modalità concrete: conflitti tra istanze, conflitti interni a un'istanza, per esempio tra i poli di identificazione paterno e materno, che si possono ritrovare nel Super-io'* (idem, pag.94).

Come si vede, quindi, il conflitto intrapsichico e il suo approccio da parte della psicoanalisi dopo l'introduzione della '*seconda topica*' si complessifica in modo molto netto: Freud affronta questo tema in vari suoi scritti, proponendo dapprima (ad iniziare appunto dal suo volume *L'Io e l'Es*) una più semplice conflittualità tra ognuna di queste istanze e ciascuna delle altre due, oltre che tra contenuti interni ad ogni singola istanza, ma poi prendendo anche in esame la possibilità che ognuna delle tre istanze psichiche teorizzate dalla '*seconda topica*' possa in un certo senso 'allearsi' con una delle altre due per avere il sopravvento rispetto alla terza.

Per riportare in un ambito di maggiore semplicità l'approccio teorico e metodologico psichico al problema del conflitto intrapsichico all'interno del modello psicoanalitico freudiano, Brenner (1976) proporrà la seguente conclusione:

‘Possiamo dire, molto in generale, che i conflitti sono di tre tipi. Nel primo, abbiamo un contrasto tra uno o più derivati istintuali e la parte più matura, organizzata e coerente della psiche: in questi casi il Super-io, se è già formato, sta dalla parte delle istanze psichiche più organizzate e coerenti. Nei conflitti del secondo tipo, la parte organizzata della personalità è in lotta con un bisogno inconscio di autopunizione. Infine, ci sono le situazioni in cui la tendenza autopunitiva si allea con un desiderio masochistico ed entrambi entrano in conflitto con la parte più matura e organizzata della psiche. Nel linguaggio della teoria strutturale, quindi, i conflitti sono tra Es ed Io (+ Super-io), tra Io e Super-io, tra Es + Super-io ed Io’ (Brenner, 1976).

Poco dopo la pubblicazione di *L'Io e l'Es*, inoltre, nel suo saggio *Nevrosi e Psicosi* (1923), Freud arricchisce il suo contributo scientifico alla psicopatologia ed alla teoria del conflitto con quella che egli definisce come una ‘semplice formula’, ma che in realtà ha poi aperto approfondimenti enormemente vasti ed importanti all'interno del dibattito psicoanalitico delle epoche successive, riguardo alla principale differenza eziopatogenetica tra le nevrosi e le psicosi. Afferma infatti egli al riguardo: ‘la nevrosi sarebbe l'effetto di un conflitto tra l'Io e il suo Es, mentre la psicosi rappresenterebbe l'analogo esito di un perturbamento simile nei rapporti tra Io e modo esterno’ (Freud, 1923). Freud, nel medesimo saggio, completa poi questa sua affermazione con una specificazione ulteriore: ‘la nevrosi di traslazione corrisponde al conflitto tra l'Io e l'Es, la nevrosi narcisistica a quello tra l'Io e il Super-io, la psicosi a quello tra l'Io e il mondo esterno’ (Idem, p. 614).

La seguente Figura 2 schematizza, pertanto, la visione complessiva del

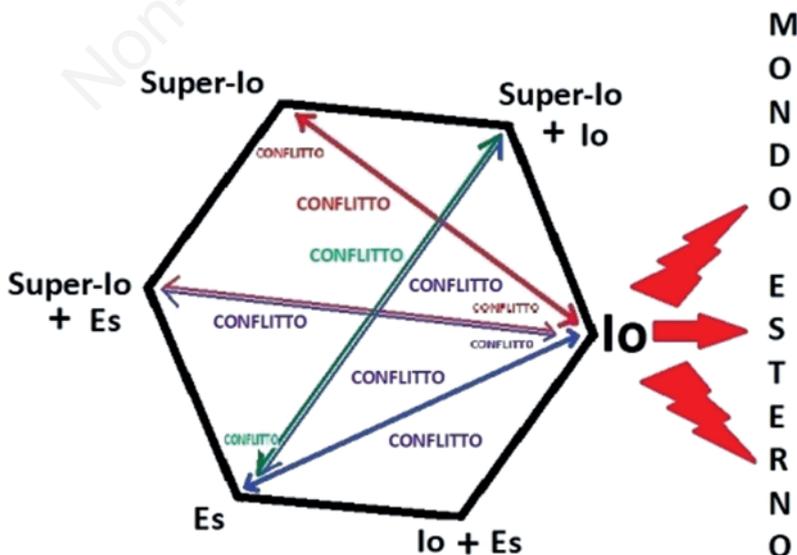


Figura 2. Il conflitto intrapsichico secondo Sigmund Freud negli anni della ‘seconda topica’.

conflitto intrapsichico che Sigmund Freud evidenziò negli anni della sua *‘seconda topica’*.

In questi stessi anni del suo passaggio dalla Prima alla *seconda topica*, inoltre, Freud progressivamente abbandonò la sua visione delle ‘due specie di pulsioni’ che aveva in precedenza considerato come suddivise nei gruppi delle ‘pulsioni sessuali’ e delle ‘pulsioni autoconservative’ (o ‘pulsioni dell’Io’), conservando sostanzialmente le prime (che inizia anche a definire con il termine greco di *Eros*) ma sostituendo le seconde con le cosiddette ‘pulsioni aggressive’ (al cui interno egli colloca anche la cosiddetta ‘pulsione di morte’, che più tardi, a sua volta, definirà anche con il termine greco di *Thanatos*). Egli giustifica l’abbandono del suo precedente concetto di ‘pulsioni autoconservative’ con la considerazione secondo la quale ‘entrambe le pulsioni agirebbero in modo conservativo, nel senso più rigoroso di questo termine, poiché mirerebbero al ripristino di uno stato turbato dall’apparire della vita. L’apparire della vita sarebbe dunque la causa della continuazione della vita e al tempo stesso dell’aspirazione alla morte; e la vita stessa sarebbe una lotta e un compromesso fra queste due tendenze’ (Freud, 1922b).

### Il concetto di ‘conflitto intrapsichico’ ed il suo trattamento psicoterapeutico nella concettualizzazione complessiva di Melanie Klein e della sua scuola

Melanie Klein (Vienna, 1882 - Londra, 1960) è stata una psicoanalista formatasi dapprima in Austria e quindi a Londra, dove è divenuta tra le personalità più decisive e influenti del movimento psicoanalitico mondiale di tutti i tempi. Ella è oggi diffusamente conosciuta in particolare per i suoi lavori pionieristici nel campo della psicoanalisi infantile e per i contributi allo sviluppo della teoria delle relazioni oggettuali; la sua teoria complessiva è caratterizzata soprattutto dal valore estremamente concreto che ella attribuisce alle tre istanze psichiche che caratterizzano il modello della *seconda topica* freudiana (Io, Es e Super-io), dall’approfondimento dello studio dei meccanismi di difesa più primitivi ed arcaici già individuati da Freud (soprattutto la *scissione*, l’*introiezione* e la *proiezione*) e dall’individuazione di altri meccanismi di difesa inconsci la cui origine è per questa Autrice riconducibile alle prime fasi dello sviluppo psichico umano.

Sarebbe in particolare la ‘fantasia inconscia’ quella fondamentale attività che, all’interno del lungo processo fisiologico di crescita psicologica ed emozionale che caratterizza l’età evolutiva, crea e mantiene secondo la Klein una sorta di ‘ponte’ tra la mente e il corpo, i cui percorsi di sviluppo psichico e fisico risultano reciprocamente connessi e sufficientemente integrati ed armonizzati: nelle vicende individuali caratterizzate da espe-

rienze di tipo psicopatologico tale collegamento risulterebbe invece disarmonico ed alterato, se non, in taluni casi, addirittura interrotto. L'estrema conseguenza di questa nuova teorizzazione kleiniana è che anche il 'conflitto tra l'Io e il mondo esterno' che era stato posto da Freud alla base della psicosi (*Nevrosi e Psicosi*, 1923) viene invece di fatto ridefinito dalla Klein come un conflitto primariamente *interno al 'mondo oggettuale inconscio'*, e che solo secondariamente a ciò - nelle sue forme più intensamente caratterizzate dalla presenza attiva dell'aggressività e dell'*istinto di morte* - può assumere anche la caratteristica di *conflitto con la realtà* sottolineata da Freud.

E questo, a mio avviso, non è affatto un elemento secondario nell'evoluzione della Psicoanalisi come metodo psicoterapeutico, ma anzi ne costituisce probabilmente sul piano operativo la più importante novità di quei primi decenni della sua storia perché, differentemente da quanto esplicitato da Freud nella definizione che egli stesso fornì nel 1922 (e che di fatto mantenne sino alla sua scomparsa), riconduce invece anche le psicosi all'interno del gruppo di patologie affrontabili e trattabili con la tecnica psicoanalitica anche se, ovviamente, opportunamente modificata.

In un primo momento, la Klein utilizzò il metodo psicoanalitico nella terapia delle psicosi specificatamente nei bambini, integrando (e spesso anzi sostituendo) la tecnica delle libere associazioni verbali con la tecnica del gioco infantile. Successivamente, sia lei che i suoi allievi estesero il metodo psicoanalitico anche alla terapia delle psicosi degli adulti: e tutto ciò, a mio avviso, può con ogni probabilità essere visto anche come una delle principali conseguenze dell'aver riportato ogni forma di psicopatologia ai vari e diversificati conflitti attivi all'interno dell'apparato mentale, sia tra le tre istanze psichiche descritte da Freud con la sua '*seconda topica*', sia tra parti scisse dell'Io, sia tra le varie forme di pulsioni di entrambe le specie ('di vita' e 'di morte') costantemente alimentate dal substrato biologico di ciascun essere umano sia, infine e soprattutto, dalle caratteristiche degli *oggetti interni*, delle loro rappresentazioni e caratterizzazioni affettive e, *last but not least*, delle loro reciproche *relazioni inconscie*. Tutto ciò viene schematicamente rappresentato nella seguente Figura 3.

Grazie al contributo di Melanie Klein, pertanto, il fine principale delle psicoterapie psicoanalitiche si è spostato dalla 'cura dei sintomi' allo 'sviluppo della personalità', attraverso la reintegrazione delle scissioni nel Sé, la ricaratterizzazione affettiva degli oggetti interni ed il ritiro delle identificazioni proiettive delle parti infantili.

La psicoterapia quindi, nell'impostazione psicoanalitica kleiniana, appare orientata soprattutto verso la ricostruzione del 'mondo interiore' del paziente, affinché esso divenga il più possibile popolato da 'oggetti buoni' e risulti così di più facile ed armonica integrazione nel complessivo equilibrio psicologico e psicofisico di quest'ultimo.



Libidico' e di 'Io Antilibidico', vedi oltre) che già durante la prima e la seconda infanzia hanno il compito di regolare i rapporti dell'Io con gli oggetti interiorizzati (genitori e altre figure significative). Di conseguenza l'inconscio presenta solo modelli immaturi di rapporto che, però, andranno a influenzare profondamente le relazioni oggettuali che ogni essere umano, programmato sin dalla nascita ad attivare, instaurerà col mondo esterno non solo nell'infanzia, ma anche per tutto il corso della propria esistenza.

Spingendo al limite estremo la visione kleiniana di un Inconscio originariamente concreto, fisico, praticamente 'materiale', Fairbairn giunge di fatto a teorizzare, a tale livello, l'equivalenza tra 'struttura' e 'oggetto'. È infatti proprio nell'inconscio che vengono a suo avviso ad essere interiorizzate e mantenute estremamente 'vive' le relazioni che il bambino instaura e consolida con i genitori durante i primi anni di vita.

Tali modelli, in una fase più matura, verranno esteriorizzati alle situazioni del mondo esterno sociale. L'individuo, secondo Fairbairn, si troverà così continuamente esposto alla difficile situazione di essere legato a relazioni immature con gli oggetti interiorizzati a livello inconscio mentre, d'altra parte, cerca di instaurare relazioni mature con gli oggetti a livello cosciente e razionale. Le 'relazioni oggettuali' sono, quindi, la più importante caratteristica (si potrebbe anzi dire le 'protagoniste assolute') dell'inconscio così come esso è concepito e descritto da Fairbairn.

## La rimozione secondo Fairbairn

La rimozione, secondo Fairbairn, è in primo luogo un rifiuto dell'oggetto 'cattivo' da parte dell'Io originario: 'Ciò che viene primariamente rimosso non sono né le intollerabili pulsioni colpevoli, né i ricordi troppo spiacevoli, ma gli oggetti interiorizzati intollerabilmente cattivi' (Fairbairn, 1943).

Ciò provoca una scissione dell'Io originario e una conseguente rimozione delle parti dell'Io che sono direttamente collegate con gli oggetti rimossi, le quali daranno origine a due nuove strutture intrapsichiche che Fairbairn rispettivamente denomina come 'Io Libidico' e 'Io Antilibidico' (struttura psichica, quest'ultima, che nella prima versione della propria teoria Fairbairn aveva denominato con il significativo termine di 'sabotatore interno', in quanto tende a impedire al soggetto di consolidare i propri impulsi libidici in stabili relazioni positive con ciò che la Klein definirebbe con il termine di 'oggetti buoni'). Ciò che resta dell'Io originario dopo questa scissione viene denominato da Fairbairn come 'Io Centrale'.

Al contrario di quanto sosteneva Freud, infatti, per Fairbairn il rifiuto e la rimozione da parte dell'Io ancora non scisso non sono dirette solo verso gli oggetti 'cattivi', indipendentemente dal fatto che essi siano tali in quanto 'rifiutanti' oppure eccessivamente 'eccitanti', ma anche verso le parti

dell'Io sussidiarie che sono collegate agli oggetti da rapporti di tipo libidico (e, quindi, oggetti 'buoni').

Secondo Fairbairn, possiamo quindi definire l'attacco dell'Io Centrale agli Io sussidiari con il termine di 'rimozione diretta': ma questa non è sufficiente per rimuovere l'oggetto eccitante, ed è per questo che in Fairbairn si ritrova anche il riferimento a una 'rimozione indiretta' da parte dell'Io Antilibidico nei confronti dell'Io Libidico.

La 'rimozione diretta', secondo Fairbairn, sarebbe quindi attivata dall'Io Centrale nei confronti sia dell'Io Libidico che dell'Io Antilibidico; quest'ultimo, inoltre, attiverebbe a sua volta nei confronti dell'Io Libidico una rimozione ulteriore, che Fairbairn definisce come 'rimozione indiretta', a supporto dell'Io Centrale e contro l'Io libidico. L'Io Antilibidico, nel modello di Fairbairn, collabora dunque con l'Io Centrale nell'attacco all'Io Libidico in uno schema dinamico nel quale chiaramente si evidenzia che, mentre la rimozione diretta avviene nei confronti sia dell'Io Libidico che dell'Io Antilibidico, la rimozione indiretta avviene invece soltanto nei confronti dell'Io Libidico.

Le componenti libidiche in eccesso sono dunque soggette secondo Fairbairn ad una misura di rimozione molto maggiore di quelle aggressive e, inoltre, è per lui evidente come la rimozione si attivi originariamente già nella fase schizoide piuttosto che in quella depressiva. Si deve pertanto inevitabilmente presumere una scissione precoce dell'Io originario, per giustificare il fatto che una parte di questa struttura psichica, ovviamente fornita di una carica di energia psichica dinamica, possa rimuovere un'altra parte di sé stessa dotata anch'essa di una carica di energia psichica dinamica.

### Le 'relazioni oggettuali' come base fondamentale dello sviluppo psichico individuale

Le basi per una teoria oggettuale sono state gettate dalla Klein, la quale però rimane ancora saldamente ancorata alla teoria duale degli istinti come proposta da Freud. È invece a partire dagli anni 1940 che Fairbairn mette in atto un vero e proprio 'cambio di paradigma', riassumibile nella sua 'rivoluzionaria' affermazione secondo la quale 'lo scopo finale della libido è l'oggetto' (Fairbairn, 1941), o anche come dirà più tardi, 'Il vero fine libidico è l'instaurazione di relazioni soddisfacenti con gli oggetti; ed è quindi l'oggetto che costituisce la vera meta libidica' (Fairbairn, 1946). L'eziologia della psicopatologia deriva quindi sostanzialmente, secondo questo Autore, da disturbi delle relazioni oggettuali durante tutte le fasi di sviluppo, in quanto, in assenza di lesioni che compromettano la normale funzionalità dell'organismo, nell'essere umano i fattori ambientali hanno un'importanza primaria rispetto sia all'azione delle pulsioni sia ad altri ipotetici fattori innati o costituzionali.

## Il modello oggettuale/relazionale di Fairbairn della struttura della psiche umana e le sue implicazioni con il processo psicoterapeutico

Fairbairn abbandona completamente l'utilizzo dei concetti di Es, Io e Super-Io come erano stati originariamente utilizzati da Freud, e quindi anche l'uso di tali termini che ne fa la Klein: di fatto, pertanto, rifiuta completamente il modello ipotizzato dalla cosiddetta '*seconda topica*' freudiana. Inoltre, egli sostiene che i primi oggetti a essere interiorizzati siano quelli che la Klein definirebbe come 'cattivi', e che ciò avvenga come forma di controllo della 'frustrazione libidica' generalmente associata all'esperienza dello svezzamento.

La relazione di ambivalenza con l'oggetto (la madre) che si presenta con l'avvento della fase orale tardiva viene a essere gestita dal bambino tramite tecniche complementari di scissione e di integrazione. In particolare, l'Io, che secondo questo Autore inizialmente è integro, scinde la figura della madre in oggetto 'buono' e oggetto 'cattivo', interiorizzando quest'ultimo nel tentativo di governarlo.

Per meglio controllare l'oggetto 'cattivo' dopo averlo introiettato, il bambino lo scinde secondo Fairbairn in 'oggetto eccitante' e in 'oggetto rifiutante', e utilizza per la rimozione di tali oggetti la propria aggressività attivata dalla frustrazione. Essa, però, solitamente in tale processo non si esaurisce del tutto: pertanto un'ulteriore dose di aggressività viene ad essere utilizzata da parte dell'Io centrale per scindersi in parte, specularmente, in un 'Io Libidico' e in un 'Io Antilibidico'.

La differenza tra l'Es di Freud e l'Io Libidico di Fairbairn consiste nel fatto che quest'ultimo non è un'originaria 'riserva di pulsioni', ma una vera e propria 'struttura psichica' derivata dal nucleo originario dell'Io centrale (e quindi più infantile e primitiva rispetto a ciò che quest'ultimo rappresenterà nell'organizzazione psichica complessiva dell'individuo adulto). La rimozione per Fairbairn si manifesta, come già in questa sede indicato, non solo verso gli oggetti (rimozione diretta primaria), ma anche direttamente verso questi due 'Io sussidiari', che restano legati agli oggetti da rapporti di tipo libidico (l'Io Libidico con l'oggetto 'eccitante'; l'Io Antilibidico con l'oggetto 'rifiutante').

Ovviamente, per Fairbairn, tale processo psichico di rimozione degli oggetti eccitanti e rifiutanti non è mai totalmente completato, ma deve essere continuamente riaffrontato. Quindi l'Io centrale opera, tramite una spinta di tipo aggressivo originata dalle frustrazioni subite, una rimozione diretta ('secondaria') rivolta sia all'Io libidico che all'Io antilibidico: quest'ultimo, utilizzando l'energia derivante dalla propria aggressività residua, mantiene attiva verso l'Io libidico un'ulteriore forma di allontanamento di quest'ultimo dalla coscienza (processo che viene definito da Fairbairn come rimozio-

ne 'indiretta'), il che non solo dà origine ai fenomeni già noti come 'resistenza' all'interno del processo psicoterapeutico, ma contribuisce anche attivamente, nella vita psichica quotidiana, al mantenimento del meccanismo della rimozione verso l'Io libidico.

In sintesi, quindi, la 'situazione endopsichica fondamentale' proposta da Fairbairn vede un Io centrale, residuo dell'Io originario e più evoluto rispetto ad esso, che in parte è conscio, in parte maggiore è preconsciouso ed in parte ancora maggiore è inconscio, il quale interagisce continuamente con due Io sussidiari, ambedue completamente inconsci, denominati rispettivamente 'Io antilibidico' ed 'Io libidico'. Questi ultimi verrebbero originati dall'introiezione dell'oggetto rifiutato' preambivalente e dalla successiva scissione da parte dell'Io di tale oggetto introiettato in 'oggetto rifiutante' ed 'oggetto eccitante', e mantenuti inconsci dall'azione della rimozione diretta ed indiretta.

Questa organizzazione dell'Io è quella che viene definita da Fairbairn (1944, 1946) come 'struttura endopsichica fondamentale' o 'struttura dinamica': essa si basa, ai fini della regolazione della libido e dell'aggressività, sull'antica tecnica del *'divide et impera'* (Fairbairn, 1944, 1946). Egli, dopo averlo introdotto, apporterà a questo modello complessivo dell'organizzazione psichica alcune successive modifiche, e presenterà infine una dettagliata descrizione di questa sua visione finale della struttura della psiche umana nella *Synopsis of an Object-Relations Theory of Personality*, (1963), reperibile anche in lingua italiana alle pagg. 169-170 del suo volume *Il piacere e l'oggetto: scritti 1952-1963* con il titolo *Sinossi della teoria delle relazioni oggettuali applicata alla personalità*.

Fairbairn specifica al riguardo, tra l'altro, che a suo avviso:

'1) Un Io è presente fin dalla nascita.

2) La libido è una funzione dell'Io.

[...]

9) Due aspetti dell'oggetto interiorizzato, ossia quello eccitante e quello frustrante, vengono scissi dal nucleo principale dell'oggetto e rimossi dall'Io.

10) Si costruiscono così due oggetti interni rimossi, l'oggetto eccitante (o libidico) e l'oggetto rifiutante (o antilibidico).

[...]

12) Poiché l'oggetto eccitante (libidico) e quello rifiutante (o antilibidico) sono entrambi investiti dall'Io originario, essi portano con sé nella rimozione anche le parti dell'Io da cui sono investiti, mentre il nucleo centrale dell'Io (Io centrale) non viene rimosso ed è l'agente della rimozione.

13) La situazione interna che ne consegue è costituita dall'Io originario scisso in tre strutture egoiche: un Io centrale (cosciente) connesso all'oggetto ideale (ideale dell'Io), un Io libidico rimosso connesso all'oggetto eccitante (o libidico) e un Io antilibidico rimosso connesso all'oggetto rifiutante (o antilibidico)' (pp. 169-170, Fairbairn, 1963).

Questa strutturazione della psiche è rappresentata graficamente nella seguente Figura 4. Le frecce nere al suo interno rappresentano la dinamica

della rimozione come descritta da Fairbairn nei suoi ultimi lavori.

Proseguendo nella descrizione particolareggiata del proprio modello della psiche, fondato sulle relazioni interiorizzate che ne costituiscono le fondamentali strutture, nella medesima Sinossi Fairbairn fornisce anche chiare indicazioni sulla conseguente dinamica dei conflitti intrapsichici umani:

*'15) L'Io antilibidico, in virtù del suo legame con l'oggetto rifiutante (antilibidico), adotta un atteggiamento assolutamente ostile verso l'Io libidico, e in tal modo ha l'effetto di rinforzare la rimozione dell'Io libidico da parte dell'Io centrale' (Idem, p. 170).*

Questa dinamica è evidenziata in rosso nella seguente Figura 5.

Tutto ciò, secondo Fairbairn, non si limita ad una revisione degli aspetti puramente teorici della Psicoanalisi freudiana e kleiniana, ma comporta anche significative revisioni delle concrete modalità di intervento psicoterapeutico. Egli così descrive il proprio pensiero al riguardo:

*'Alla luce di queste considerazioni, sembra che per quanto lo psicoanalista terapeuticamente possa assegnare a sé stesso un ruolo neutrale, non possa sottrarsi alla necessità di intervenire attivamente se vuole essere terapeuticamente efficace, e si deve riconoscere che ogni interpretazione è realmente un intervento. Perciò, in un certo senso, il trattamento psicoanalitico si risolve nel tentativo da parte del paziente di confinare la sua relazione con l'analista nel sistema chiuso della realtà interna mediante il transfert, e nella determinazione da parte dell'analista di aprire una breccia in questo sistema chiuso e di offrire condizioni nelle quali, nel contesto di una relazione terapeutica, il paziente*

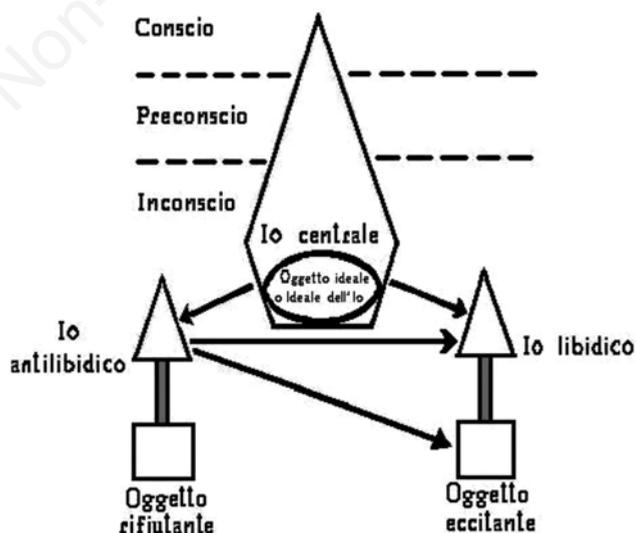


Figura 4. Il definitivo modello di Fairbairn sulla struttura della psiche umana (1963, in 1992).

*possa essere indotto ad accettare il sistema aperto della realtà esterna. La possibilità che l'analista raggiunga tale obiettivo dipende in misura non irrilevante da quanto rigidamente, in ogni singolo caso, la realtà esterna si sia strutturata come sistema chiuso. La valutazione di questo aspetto deve essere considerata il criterio reale per stabilire l'idoneità di un caso al trattamento psicoanalitico, Sembra comunque che, se le considerazioni che precedono sono fondate, la relazione reale tra paziente e analista costituisca il fattore decisivo della cura psicoanalitica, come di ogni altra forma di psicoterapia, anche se nel caso della terapia psicoanalitica agisce indubbiamente in maniera peculiare' (pp. 167-168, Fairbairn, 1958).*

### Il progressivo abbandono del *modello psicoanalitico pulsionale* a favore del nuovo *modello relazionale*

Attraverso i contributi sia teorici che metodologici non solo di Fairbairn, ma anche di moltissimi altri Autori che hanno definitivamente abbandonato il tradizionale *modello pulsionale* freudiano e kleiniano a favore del nuovo *modello relazionale* come base fondamentale sia per comprendere il sistema psichico complessivo degli esseri umani che per utilizzarlo come fondamento del loro approccio psicoterapeutico verso le persone, la Psicoanalisi ha completato un percorso di revisione e di trasformazione della propria identità originaria che in realtà era cominciato molti anni prima, e non soltanto in Europa, e che poi si è diffuso con caratteristiche anche molto specifiche e differenziate ormai in quasi tutte le aree geografiche del nostro Pianeta.

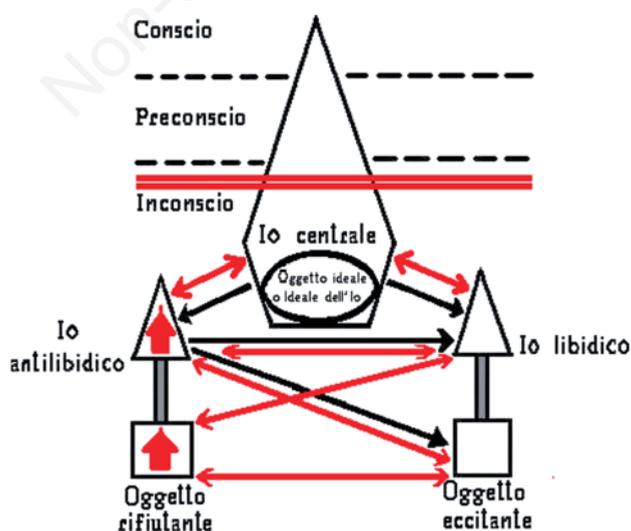


Figura 5. Il conflitto intrapsichico nel modello definitivo di Fairbairn sulla struttura della psiche umana.

Spiega, al riguardo, l'illustre psicoanalista italiano Marco Bacciagaluppi:

*'Il modello relazionale ebbe origine con Ferenczi. [...] L'influenza di Ferenczi si esercitò su entrambe le sponde dell'Atlantico, specialmente attraverso due donne analizzate da lui, Melanie Klein in Gran Bretagna e Clara Thompson negli Stati Uniti. [...] Melania Klein ... abbandonò il paradigma relazionale di Ferenczi e adottò un modello pulsionale ancora più avanzato di quello di Freud. [...] I membri della Middle School britannica, invece, si trovano chiaramente nella tradizione di Ferenczi per quanto riguarda il rapporto amorevole col paziente. Fairbairn (1940) parla di un 'contatto emotivo genuino' in terapia. Winnicott (1958) di un 'rapportarsi di base dell'Io'. [...] Un altro legame esplicito con Ferenczi in Gran Bretagna è rappresentato da Ian Suttie. [...] Negli Stati Uniti, Ferenczi contribuì alla creazione della scuola interpersonale-culturale, grazie a Clara Thompson, analizzata da lui, e a Fromm, suo grande ammiratore. [...] Senza le costrizioni dell'ortodossia freudiana, la scuola interpersonale-culturale americana, fondata più tardi da Fromm, Sullivan e la Thompson, fu libera di sviluppare i temi ferencziani. [...] Tutti questi Autori si possono definire relazionali in senso lato. [...] Altri contributi in questo campo sono Mitchell (1988 e 1993), Skolnick e Warshaw (1992), Aron e Sommer Anderson (1998), Bromberg (1998/2001), Donnel Stern (1997, 2010) e Hirsch (2008)' (Bacciagaluppi, 2012).*

E questo elenco di Autori afferenti al cosiddetto *modello relazionale in senso ampio*, sicuramente, potrebbe continuare ancora molto molto a lungo, ad esempio citando altri nomi di chiara fama internazionale quali ad esempio quello di Jay R. Greenberg (autore insieme a Mitchell dell'ormai 'classico' volume *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica*, pubblicato in Italia nel 1986).

Conclude infine, al riguardo, Bacciagaluppi: 'è giustificato applicare il termine 'Psicoanalisi' al modello relazionale. Esso ha in comune con la Psicoanalisi classica i tre concetti fondamentali che Freud stesso riteneva necessari per definire una terapia come psicoanalitica: 1) l'inconscio 2) la resistenza 3) il transfert (Freud, 1914a)' (Idem, p. 165).

Della problematica del conflitto in ambito psicoanalitico, a partire però da punti di vista significativamente differenti rispetto a quelli che caratterizzano invece il filone 'relazionale', nel corso del dibattito degli anni 1960, 1970 e 1980 si sono diffusamente occupati anche vari altri Autori molto noti anche in Italia (ad esempio Wilfred Bion, Merton Gill, Robert Holt, George Klein, Joseph e Anne-Marie Sandler, ecc.) che pertanto, in questa sede, devono essere quantomeno citati.

Un approfondimento specifico dei loro apporti su questo tema va sicuramente ben oltre gli scopi del presente lavoro: mi sembra però utile quantomeno ricordarli perché, sebbene a partire da diverse angolazioni, molti dei loro contributi giungono comunque ad esprimere, in modi almeno in parte a quelli provenienti dagli Autori di ambito più specificatamente relazionale, interessanti punti di convergenza tra la teoria del conflitto e l'intersoggettività

da un lato (ad esempio con l'approfondimento di concetti come quelli di *controtransfert*, di *setting* e di *campo*) e i successivi contributi delle Neuroscienze dall'altro. Su alcuni di questi argomenti cercherò pertanto di ritornare nella parte conclusiva del presente lavoro.

Di fatto comunque, in questi più recenti decenni, il definitivo abbandono del *modello psicoanalitico pulsionale* da parte di un numero progressivamente sempre più consistente di importanti psicoanalisti sia europei sia americani, come rileva ad esempio Massimo Fontana (2016), ha avuto importanti ripercussioni non solo nella complessiva concezione del funzionamento della mente umana e nella netta valorizzazione della relazione reale tra paziente e analista al fine dell'esito della psicoterapia psicoanalitica, ma anche nel ruolo e nel significato attribuito al conflitto intrapsichico nell'eziologia dei disturbi e delle patologie mentali, il cui 'focus' si è anch'esso progressivamente spostato dalla dimensione *intrapsichica* a quella *relazionale*.

Nota infatti innanzitutto al riguardo questo Autore:

*'Riguardo all'eziologia, la tradizione freudiana (e della Psicologia dell'Io) porta con sé una concezione della psicopatologia come risultato delle lotte interne (dei conflitti intrapsichici) tra pulsioni radicate nel piano biologico e difese dell'Io. Mentre le teorie delle Relazioni Oggettuali (Fairbairn, Winnicott) e, per altri versi, la Psicologia del Sé (Kohut) e la tradizione interpersonale (Sullivan), vedono nelle carenti risposte ai bisogni infantili da parte delle figure di accudimento, o nella disfunzionalità delle relazioni reali con gli altri, la causa dei disturbi dello sviluppo psicologico'* (Fontana, 2016).

Ma mentre in Europa, almeno nei primi due o tre decenni successivi ai contributi di Fairbairn e soprattutto per opera degli Autori del cosiddetto *Gruppo degli Indipendenti inglesi* (gruppo che viene spesso anche definito come *Middle Group* o *Middle School*, e del quale alcuni tra i suoi i più noti esponenti sono ad esempio Winnicott, Guntrip, Kahn e Bowlby) la causa fondamentale dei disturbi psicologici viene decisamente indicata nelle carenti risposte ai bisogni infantili da parte delle figure di accudimento e nelle negative conseguenze che ciò comporta sulle capacità di relazione con gli altri e con la propria vita, negli Stati Uniti il *focus* sul nucleo delle problematiche psichiche si sposta gradualmente dalla dimensione diadica - o comunque circoscritta - del rapporto tra il bambino e la madre o tra il bambino e il suo nucleo familiare ristretto a quello delle relazioni complessive che il singolo individuo instaura con tutte le altre figure significative lungo tutto il corso della sua esistenza.

Uno degli Autori statunitensi a cui maggiormente si deve questo cambio di prospettiva è sicuramente Stephen Mitchell (1988), che viene indicato da Massimo Fontana come colui che per primo, proprio sulla base del radicale *cambio di paradigma* avvenuto all'interno della Psicoanalisi nei decenni precedenti col passaggio dal *modello pulsionale* al *modello relazionale*, ha

evidenziato la necessità, nell'ambito della comprensione delle dinamiche eziologiche delle problematiche psichiche, della sostituzione del concetto di *conflitto intrapsichico* con quello di *conflitto relazionale*.

È infatti proprio il concetto di *conflitto relazionale* introdotto da Mitchell, secondo Fontana, che consente il superamento della rigida e sterile contrapposizione tra *conflitto intrapsichico* (su cui si era focalizzata la Psicoanalisi *pulsionale* freudiana e kleiniana, ma anche quella già *oggettuale* su cui era costruito il modello di Fairbairn) e *deficit relazionale* che aveva invece costituito il nucleo delle teorie eziopatogenetiche degli Autori del *Middle Group*.

Ma anche un'altra e non meno significativa innovazione, secondo Fontana, ha contribuito a rendere ulteriormente significativa la Psicoanalisi relazionale americana nella sua efficacia esplicativa ed applicativa durante gli ultimi decenni del secolo scorso. Si tratta, in particolare, della parziale sostituzione del meccanismo di difesa della *rimozione* con quello della *dissociazione* per il funzionamento non solo patologico, ma anche *normale*, della mente umana.

‘La riscoperta del concetto di dissociazione, collegata al risveglio dell’interesse nei confronti del trauma reale a partire dalla metà degli anni 1980, ha comportato quindi un certo scompiglio in psicoanalisi... [...] Tale scompiglio si può ridurre nei suoi fattori essenziali affermando che in psicoanalisi, attualmente, si confrontano due diversi modi di intendere la dissociazione: l’uno, risolve il problema riconducendola all’impostazione freudiana, e intendendola come uno dei tanti meccanismi di difesa e, nello specifico, come un modo con il quale l’individuo si protegge attivamente da memorie traumatiche vissute come intollerabili; l’altro, sempre più diffuso, segue proprio la prospettiva di Janet, considerando la dissociazione come la conseguenza di traumi psicologici che danneggiano le facoltà integrative della coscienza. Anche se non espresso dalla voce di uno psicoanalista, si può ricorrere ad un eloquente paragone di Liotti (1999) per rappresentare quest’ultima posizione: ‘pensare alla dissociazione come a una difesa sarebbe analogo al considerare le fratture ossee come reazioni difensive a traumi fisici’ (Idem, p. 6).

Pertanto, nella prospettiva della Psicoanalisi relazionale americana e grazie soprattutto alle specifiche innovazioni introdotte da Bromberg (1998/2001), ‘la mente è intrinsecamente (e normalmente) strutturata sulla dissociazione, in quanto costituita fin dalla sua origine dalle molteplici configurazioni Sé/Altro che derivano dalle diverse relazioni interpersonali significative. La mente, dunque, sarebbe intrinsecamente dissociata perché fa inevitabilmente parte dello sviluppo di ogni individuo il costituirsi di molteplici Sé, ciascuno adeguato al proprio specifico campo relazionale e bisognoso di potersi esprimere pienamente per realizzare il proprio potenziale, consolidarsi e permettere il pieno e autentico coinvolgimento della persona in ogni relazione’ (Idem, p. 6).

Peraltro, vorrei sottolinearlo in modo particolare, questo recupero - operato come si è detto principalmente da Bromberg - della dissociazione come meccanismo difensivo fondamentale di risposta al trauma psichico almeno quanto la rimozione, si inserisce in modo assolutamente armonico sia nella precedente teorizzazione complessiva della Psicoanalisi 'tradizionale' freudiana sia nella specifica e più recente evoluzione teorica successiva che è invece caratteristica, in modo marcatamente originale, della *psicoanalisi della relazione* italiana.

Afferma infatti testualmente al riguardo Marco Bacciagaluppi, uno psicoanalista milanese molto vicino a Bowlby e a Fromm, in una sua intervista (rilasciata nel 1998 a Michele Minolli, tra i principali fondatori della Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione e pubblicata sulla rivista *Ricerca Psicoanalitica* di cui la medesima Associazione è proprietaria e curatrice): 'In *Attachment* (Bowlby, 1969, pp. 10-11 dell'originale) Bowlby passa in rassegna la concezione che Freud aveva del trauma. Di Freud accetta sostanzialmente il concetto che un avvenimento è traumatico quando l'apparato mentale è sottoposto a quantità eccessive di stimolazione. Bowlby conclude che la separazione e la perdita 'sono semplicemente un esempio particolare del tipo di evento che Freud considerava traumatico' (op. cit., p. 11). Userò quindi la separazione traumatica come paradigma della situazione traumatica.

Delle tre fasi della risposta di un bambino alla separazione traumatica, la protesta è un'espressione dell'ansia di separazione, la disperazione è una manifestazione del lutto e il distacco è la conseguenza di una difesa da queste emozioni (Bowlby, 1973, p. 27 dell'originale). La difesa è costituita dalla negazione, dalla rimozione e, forse più spesso, dalla dissociazione. Bowlby (op. cit., p. 29) nota che questa stessa sequenza viene descritta da Freud alla fine di *Inibizione, sintomo e angoscia* (Freud, 1926).

Alla luce di quanto sopra, mi sembra di poter rispondere che è traumatico l'evento, mentre le difese tendono ad attenuarne le conseguenze, pur avendo, a loro volta, conseguenze negative sullo sviluppo della personalità' (Minolli, 1998).

È proprio nella sistematizzazione complessiva della *psicoanalisi della relazione* italiana che, almeno a mio avviso, questi contributi di varia provenienza storica sul *conflitto* e sulle *difese* che caratterizzano la natura e la Personalità umana si riunificano in un modello coerente sia sul piano teorico che su quello della sua validità in ambito applicativo, terapeutico.

In Italia, in particolare, il *modello psicoanalitico relazionale* inteso in senso complessivo ha iniziato a svilupparsi tra la fine degli anni Settanta e i primi anni Ottanta del secolo scorso, dando origine ad alcune Società e Scuole di Psicoanalisi ormai presenti in varie Regioni del nostro territorio nazionale e che, attraverso la produzione di contributi originali, hanno soprattutto cercato di costruire ognuna, in questi ultimi decenni, una propria specifica identità. Tra di esse, in particolare, mi soffermerò quindi ora su

quanto ho reperito sul tema dell'interpretazione del *conflitto* e della sua relazione con le modalità tecniche e metodologiche adottate per affrontarlo in ambito psicoterapeutico attraverso il modello della cosiddetta *psicoanalisi della relazione*.

Le principali peculiarità di questo specifico approccio, rispetto ad altre impostazioni presenti all'interno del *modello relazionale in senso ampio* sia italiane che internazionali, consistono a mio avviso in due ulteriori elementi innovativi da essa adottati, vale a dire l'utilizzo in ambito psicoanalitico della teorizzazione anche più recente riguardante i cosiddetti *sistemi dinamici complessi* e la particolare attenzione alla *relazione attuale tra psicoanalista e paziente* quale 'chiave d'accesso privilegiata' sia verso la comprensione dei conflitti relazionali di quest'ultimo sia per la loro conseguente presa in carico ai fini psicodiagnostici e psicoterapeutici.

### Il concetto di *conflitto relazionale* secondo l'odierna psicoanalisi della relazione e le sue conseguenze sulle modalità di trattamento psicoterapeutico

Tra i principali presupposti teorici dell'attuale *Psicoanalisi della Relazione* dobbiamo tenere presenti almeno i quattro seguenti: i) il superamento sia del concetto di conflitto intrapsichico sia di quello di deficit relazionale, a favore del concetto di *conflitto relazionale*; ii) la costante compresenza, nel processo di strutturazione e di funzionamento dinamico della mente umana, di almeno due meccanismi difensivi fondamentali, sia pur agenti in misura tra di loro differente e spesso associati con altri meccanismi ancora: la *rimozione* e la *dissociazione*; iii) la visione della *Personalità umana come parte inscindibile di un complesso di sistemi dinamici complessi*, con i quali è in costante relazione reciprocamente attiva; iv) la concezione della *relazione psicoanalitica come espressione dei conflitti relazionali presenti all'interno del sistema complesso 'paziente-terapeuta'* (o 'pazienti-terapeuta' nel caso di trattamento di coppia o di gruppo), e quindi della sua imprescindibile caratteristica di oggetto privilegiato dell'analisi.

Sulla base di questi quattro presupposti teorici, il modello esplicativo del funzionamento normale o disfunzionale del singolo individuo si fonda almeno sui cinque costrutti specifici seguenti: i) l' 'Io-soggetto'; ii) l' 'autoeco-organizzazione'; iii) la 'coscienza della coscienza'; iv) la 'creatività'; v) la 'presenza a sé stessi'.

Tutti questi costrutti saranno ora ad uno ad uno dettagliati in modo più specifico secondo le definizioni proprie della *psicoanalisi della relazione contemporanea*.

Per quanto riguarda il primo di questi quattro costrutti, Michele Minolli (2015) specifica innanzitutto che:

- *L'Io-soggetto è uno* - Affermare che l'Io-soggetto è uno coniuga alla radice la diversità con l'unità, le parti con il tutto, così da rispettare l'Io-soggetto in quanto tale e evitare l'assolutizzazione di una parte o una visione olistica dell'insieme;
- *L'Io-soggetto ha più parti in interazione tra di loro* - Le varie componenti o le diverse funzioni devono essere colte nella loro interazione. Un modello che colga soltanto l'aspetto dell'unitarietà e non aiuti a capire il funzionamento ricorsivo del soggetto tra le sue parti e il tutto non è adeguato;
- *L'Io-soggetto è in rapporto con l'esterno* - Non avrebbe molto senso occuparsi di un Io-soggetto estraniato dalla realtà interattiva nella quale è necessariamente inserito. E questo, in particolare, rispetto alle influenze e alle modalità di incidenza retroattive nelle interazioni con l'oggetto esterno' (Minolli, 2015).

Riguardo al concetto di 'auto-eco-organizzazione', afferma invece in particolare Minolli: *'Due o più sistemi in interazione tra loro danno luogo a cambiamenti sempre determinati dall'unità che accoglie le perturbazioni. Sia il sistema sia l'ambiente risultano fonte di perturbazione reciproca ed è solo dal punto di vista di un osservatore esterno se il cambiamento del sistema viene pensato come determinato dall'ambiente o dall'interno'* (Minolli, 2009). Prosegue, al riguardo, il medesimo Autore: *'Qualsiasi considerazione che porti ad accentuare l'una o l'altra di queste incidenze è chiaramente dipendente dal punto di vista adottato. Se andiamo al di là, se cioè cerchiamo di considerare l'Io-soggetto per come si presenta a sé stesso e agli altri, egli è sempre il risultato di auto ed eco-organizzazione'* (Idem, p. 53).

Precisa inoltre, al riguardo, Massimo Fontana:

*'Questo dell'auto-organizzazione - o 'auto-eco-organizzazione', come preferiscono esprimersi Morin (1985) e Minolli (2009) per sottolineare il superamento della logica dualistica - è un principio cruciale di tale modo di inquadrare teoricamente lo sviluppo in una prospettiva relazionale: proprio grazie ad esso è possibile non scivolare in un interazionismo di superficie che, invece di cogliere le transazioni che avvengono nel campo relazionale, si limiti a ripartire fattori di sviluppo fra interno ed esterno, come se fossero realtà concepibili indipendentemente l'una dall'altra'* (Fontana, 2016).

Come il principio della 'auto-eco-organizzazione' appare, pertanto, assolutamente fondamentale nel determinare la concezione dell'Io-soggetto come sempre inestricabilmente connesso con l'ambiente in cui nasce e vive, così i concetti di 'Coscienza della coscienza' e di 'Creatività', secondo Minolli, appaiono altrettanto legati all'originale principio della 'Presenza a se stessi', che questo Autore considera come il punto di riferimento fondamentale per una reale possibilità, peraltro per nulla scontata, di 'prendere in mano la propria vita'.

'Useremo 'coscienza' per indicare la capacità dell'essere vivente di cogliere l'esterno e l'interno e quindi la capacità di essere in rapporto, consciamente e inconsciamente, con sé stessi e con il mondo. Un cogliere e un essere in rapporto che implica, come dice Morin (1981, p. 268), un'azione

cognitiva, una distinzione sé/non sé e, in qualche modo, un'auto-trascendentalizzazione del sé rispetto al non-sé. In questa luce 'coscienza' è una capacità di cui è dotato qualsiasi essere vivente: dalla cellula all'essere umano. Tralasciando il come funziona e quindi la coscienza cognitiva, ma anche il risultato e quindi la coscienza fenomenica, ci attestiamo esclusivamente sulla 'coscienza' come capacità di ogni vivente di operare una separazione tra sé e non sé.

Useremo 'Coscienza della coscienza' come la capacità specifica dell'*Homo sapiens* di occuparsi e pronunciarsi sulla 'coscienza'. Solo l'essere umano ha la prerogativa di questo salto qualitativo che lo porta a vedere la 'coscienza' domandandosi il perché e il che cosa farne' (Minolli, 2015).

Però, infine:

*'Per arrivare alla Presenza a sé stessi la 'coscienza della coscienza' affronta molti e inevitabili ostacoli: dal rifiuto alla reazione, dalla negazione all'idealizzazione, dalla rassegnazione alla rinuncia, dalla delega alla società al rifugiarsi nella patologia. Non è necessario spodestare alcuna Carta costituzionale per criticare e ritenere fuori legge queste circonvoluzioni che l'Io-soggetto mette in opera per raggiungere la qualità della Presenza a sé stesso. Una delle molle, forse la più incisiva, che spinge verso la Presenza è la sofferenza cioè il malessere di non potersi dire di essere sé stessi per quello che si è e di potere quindi prendere in mano la propria vita'* (Idem, p, 233).

Sulla base di questa descrizione del processo verso l'acquisizione della 'Presenza a se stessi' come descritto da Minolli nel suo lavoro del 2015, nonché dei suoi quattro 'presupposti teorici' in precedenza declinati ed illustrati, l'applicazione al momento psicoterapeutico del modello della psicoanalisi della relazione si svincola - a mio avviso pressoché definitivamente - non solo dal concetto di *conflitto intrapsichico*, ma anche dal concetto di *modello ideale* a cui tutte le persone debbano necessariamente tendere quando iniziano una psicoterapia secondo l'approccio dell'odierna *psicoanalisi della relazione*.

Conclude infatti, al riguardo, lo stesso Minolli (2009): 'Ogni sistema, quindi anche ogni sistema umano, segue la sua strada e trova le sue soluzioni. Qualunque sia il suo stato è certamente funzionale alla sua coerenza.

Non esiste un modello ideale di come dovrebbe essere. Non esiste un tempo del cambiamento. Non esiste un modo auspicabile di essere.

L'analisi può solo perseguire una 'Presenza a sé stesso' del sistema. Una Presenza a sé stessi che permetta di arrivare a stare 'bene' nelle proprie soluzioni storiche e quindi attuali o di proporsi cambiamenti verso direzioni stabilite dal sistema stesso.

La fisica, la biologia e le scienze dell'evoluzione ci sono di aiuto nel pensare un cambiamento funzione del sistema. È al servizio del sistema che noi operiamo. È come 'facilitatori' dell'Io-soggetto che siamo importanti' (Minolli, 2009).

## Conclusioni

La teorizzazione complessiva della scuola della *psicoanalisi della relazione*, come qui sommariamente riportata soprattutto attraverso la sintesi del contributo di Michele Minolli, sembrerebbe quindi sostanzialmente confermare quanto già affermato esplicitamente anche da Massimo Fontana, e cioè che anche per la *psicoanalisi della relazione*, come già era stato sottolineato da Mitchell nel suo volume del 1988, risulta confermata la necessità del completo superamento del concetto di *conflitto intrapsichico* (come pure di quello di *deficit relazionale* che aveva invece costituito il nucleo delle teorie eziopatogenetiche degli Autori del *Gruppo degli Indipendenti Inglesi* come ad esempio Fairbairn, Winnicott e Bowlby) a favore del concetto di *conflitto relazionale*.

Questo concetto, specifica al riguardo Massimo Fontana, ‘considera l’organizzazione psicologica come necessariamente legata al campo relazionale, secondo un modello transazionale in cui le modalità di dare significato all’esperienza, e i significati stessi, vengono co-costruiti nell’interazione con l’altro. In questa ottica, non esiste un *interno* ed un *esterno* indipendenti l’uno dall’altro, ma un campo d’interazione nel contesto del quale prendono forma desideri e paure, ed ogni altro aspetto della vita psicologica; per Mitchell la regolazione del Sé procede insieme con la regolazione del campo’ (Fontana, 2016).

Precisa inoltre, al riguardo, Salvatore Zito: ‘*In sostanza, ciò che la rivoluzione relazionale ha avuto come suo principale obiettivo è stato proprio quello di incidere sull’ottica mediante la quale la psicoanalisi indaga il soggetto psichico: non più un individuo isolato, separato, i cui desideri sono in intrinseco contrasto con la realtà esterna, ma un campo intersoggettivo all’interno del quale il soggetto nasce e psicologicamente si sviluppa*’ (Zito, 2017).

Il concetto di ‘campo’, in psicologia, vanta sicuramente una lunga tradizione, sin dai primi fondamentali contributi che espressero intorno ad esso Kurt Lewin e gli Autori aderenti alla teoria della *Psicologia della Forma* nella prima metà del secolo scorso. Esso era peraltro già stato utilizzato e considerato con straordinaria attenzione da parte di tutti e tre i modelli fondamentali della Fisica che si erano affermati sin dall’inizio non solo del XX secolo ma anche da quelli precedenti, vale a dire dal modello del ‘campo gravitazionale’ introdotto da Newton e poi radicalmente modificato da Einstein (1687-1916), da quello del ‘campo elettromagnetico’ di Faraday e Maxwell (1812-1864) ed infine da quello della cosiddetta ‘teoria quantistica dei campi’ introdotta a partire dal 1926 da Schrödinger e da Dirac e poi sviluppata da molti altri Autori tra i quali basterà citare in questa sede Heisenberg, Pauli e Oppenheimer (1926-1950 circa). In tempi più recenti, esso è stato più volte utilizzato - sia direttamente sia indirettamente - anche

da molti Autori di ambito psicoanalitico: ne ritroviamo ad esempio un riferimento molto evidente, sia pure indiretto, nel concetto di *simbiosi* che è alla base della teoria della 'separazione-individuazione' formulata a partire dagli anni 1950 da Margaret S. Mahler. Successivamente esso è stato ripreso in modo implicito anche da Winnicott e da Bowlby (all'interno, rispettivamente, dei loro specifici concetti di 'diade madre-bambino' e di 'attaccamento'), ma poi è stato utilizzato in modo sempre più esplicito, soprattutto dagli autori di derivazione kleiniana e bioniana, con particolare riferimento non solo all'interazione tra il bambino e la madre (o, comunque, tra il bambino e la figura del suo principale *caregiver* primario) ma anche e soprattutto a quella tra il paziente e il suo analista (probabilmente a partire dal contributo dei coniugi Baranger, 1961-1962, sino a quelli di vari Autori anche italiani tra i quali si possono citare ad esempio Corrao, Chianese, Riolo, Gaburri e Ferro, 1981-1997).

Ulteriori significative riflessioni al riguardo sono state peraltro sviluppate anche, in questi ultimi due decenni, da vari Autori di estrazione psicologica (anche, ma non solo, psicoanalitica) che hanno cercato una possibile integrazione tra le conoscenze sul ruolo fondamentale che gioca la figura del *caregiver* nello sviluppo primario del bambino e quelle prodotte da altri settori di ricerca, quali ad esempio le Neuroscienze (Gallese, Migone, Daniel Stern, Morris Eagle, Damasio, Schore, ecc.). Ciò che mi pare opportuno osservare, al riguardo, è ora soprattutto questo:

i) Se, da un lato, appare definitivo l'abbandono del concetto di 'conflitto intrapsichico' a favore di quello di 'conflitto relazionale' almeno da parte alcuni settori della *Psicoanalisi Relazionale* (e in particolare da parte della *Psicoanalisi della Relazione* italiana), come si rapporta quest'ultimo concetto di 'conflitto relazionale' con quelli di 'conflitto' in generale e di 'campo', concetti comunque tuttora estremamente presenti e oggetto di vivo interesse da parte della Psicoanalisi italiana ed internazionale?

ii) Se il concetto di 'conflitto relazionale' affonda comunque le sue radici nei lavori degli Psicoanalisti Europei ed Americani che hanno definitivamente abbandonato il modello pulsionale a favore di quello relazionale, come indicato per primo da Ferenczi ormai quasi cent'anni fa, è possibile trovare in qualcuno di tali contributi degli spunti utili per superare l'attuale distanza tuttora presente tra i vari settori della Psicoanalisi che comunque ritengono opportuno, sia pure da punti di vista diversi, continuare ad utilizzarlo sia come modello esplicativo del funzionamento della mente umana che come 'linea d'indirizzo' per le sue applicazioni in psicoterapia?

iii) In quali direzioni si può muovere l'attuale Psicoanalisi, ed in particolare modo la Scuola della *Psicoanalisi della Relazione*, per produrre le integrazioni necessarie per superare l'attuale divario tuttora rilevante tra Psicoanalisi e Neuroscienze da un lato e Psicoanalisi complessivamente intesa e Psicoanalisi della Relazione dall'altro?

Comincio a tracciare alcune linee generali che spero utili per proseguire la ricerca in tutte queste direzioni, pur nella consapevolezza di non poter

assolutamente pretendere di disporre al momento attuale di risposte esaustive in alcuno dei suddetti quesiti, in senso inverso a come li ho espressi, nella speranza di poter favorire almeno ulteriori stimoli per la ricerca intorno ad essi oltre a quelli di cui disponiamo sinora. Relativamente, quindi, al terzo di questi quesiti, mi sembra che una spinta generale nelle direzioni da me auspiccate possa provenire ad esempio dai contributi di Allan Schore, il quale, da anni, ha indicato nella Teoria dell'Attaccamento di Bowlby un modello potenzialmente utile per superare l'attuale divario tuttora esistente tra Psicoanalisi e Neuroscienze. Come è noto, infatti, tale modello presuppone quattro differenti *tipi di attaccamento*, che sono specificati nella seguente Figura 6, i quali a loro volta originano quattro differenti *stili di attaccamento* ognuno dei quali produce nel bambino l'organizzazione di specifici *Modelli Operativi Interni (M.O.I.)* che ne costituiranno i *patterns* fondamentali di funzionamento anche per la vita successiva.

E se tale modello di Bowlby è già stato ampiamente validato ed utilizzato sia da molti psicoanalisti che da molti neuroscienziati, nell'ambito della progressiva integrazione reciproca tra le due discipline da essi rappresentate, il concetto di *Modelli Operativi Interni Dissociati (M.O.I.D.)* proposto da Albasi in un articolo pubblicato nel 2005 proprio sulla Rivista della S.I.P.Re. 'Ricerca Psicoanalitica' può a mio avviso gettare ulteriori 'ponti' non solo tra la Teoria dell'Attaccamento e la Psicoanalisi della Relazione, ma anche tra quest'ultima e le stesse Neuroscienze, o almeno quella parte di esse che già da anni ha instaurato con la Teoria dell'Attaccamento un confronto reciprocamente costruttivo e produttivo.

Di conseguenza, per quanto riguarda invece il secondo dei tre ampi quesiti poco sopra formulati e proprio sulla base della risposta già appena fornita al terzo di essi, si potrebbe pensare di rispondere positivamente anche ad esso

Tipo	A	B	C	D
<b>Denominazione</b>	<b>Evitante</b>	<b>Sicuro</b>	<b>Ambivalente</b>	<b>Disorganizzato</b>
Stato psichico di base del bambino	Insicuro ed ansioso	Sufficientemente tranquillo, "normale"	Ansioso ed insicuro	Confuso, estremamente insicuro ed ansioso
Attaccamento originariamente stabilito dai genitori nella loro infanzia (A.A.I.)	Distanziante ("Dismissing")	Sufficientemente sicuro	Insicuro e preoccupato per il proprio attaccamento adottato nella prima infanzia	Traumatico ed irrisolto ("Unresolved")
Atteggiamento della madre verso il bambino	Rifiutante	Sensibile ai bisogni del bambino	Insensibile ai bisogni del bambino	Caotico, imprevedibile
Atteggiamento del bambino nella "Strange Situation"	Il bambino non mostra rabbia verso la madre nella S.S., ma la evita quando lei ritorna	Al ritorno della madre il bambino la accoglie, poi torna a giocare tranquillo	Ricerca della madre quando lei è assente, resistenza rabbiosa verso di lei al suo ritorno	Il bambino mette in atto comportamenti stereotipati, ed è sorpreso/stupefatto quando la madre si allontana.
Modelli Operativi Interni (M.O.I.) del bambino	Stile Distanziante	Stile Sicuro	Stile Preoccupato	Stile Timoroso-Evitante

Figura 6. I *tipi di attaccamento* fondamentali secondo Bowlby (1969-1980) ed i conseguenti *stili di attaccamento* prodotti nel bambino dai relativi *Modelli Operativi Interni (M.O.I.)*.

proponendo, come modello di organizzazione mentale su cui si instaura e deve essere gestito il *conflitto relazionale* di cui vorrei occuparmi ora, un nuovo modello che cerchi di integrare il contributo di Bowlby (che fornisce ampie indicazioni soprattutto riguardo alle modalità di relazione personali verso gli altri) con quello finale sulla struttura mentale proposto da Fairbairn nel 1963, poi modificato da David P. Celani nel volume *Fairbairn and the Object Relations Tradition* curato da Clarke & Scharff (2014, pp. 397-429) ed infine da me ulteriormente modificato nel 2015. Di tale modello di organizzazione mentale presento nella seguente Figura 7 una nuova schematizzazione grafica, nella quale i tre 'oggetti interni' sono rappresentati non solo da semplici figure geometriche, ma anche da altrettante immagini fotografiche che cercano di sintetizzarne visivamente le rispettive caratterizzazioni emotive come a mio avviso sono delineate nei lavori dello psicoanalista scozzese.

Partendo pertanto da questo modello modificato di Fairbairn come qui rappresentato, nelle quattro figure seguenti cercherò ora di ipotizzare e conseguentemente rappresentare le differenti situazioni di conflitto relazionale che a mio avviso potrebbero sostanzialmente caratterizzare ciascuno dei quattro *stili di attaccamento* fondamentali come delineati dall'attuale Teoria dell'attaccamento di Bowlby, utilizzando però soltanto, al riguardo, le reciproche relazioni tra i tre oggetti interiorizzati come definiti da Fairbairn stesso, e non le strutture psichiche che da essi si sono originate: e questo proprio perché intendo occuparmi di *conflitto relazionale* e non di *conflitto intrapsichico*.

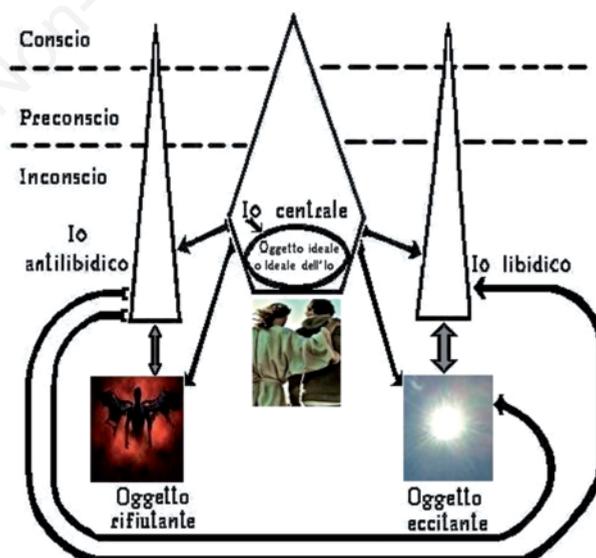


Figura 7. Il modello di Fairbairn del 1963 come modificato da Celani (2014) e Frati (2015).

In ognuna delle quattro figure seguenti, in particolare, le frecce rosse rappresentano le direzioni in cui ognuno di tali oggetti interiorizzati cerca di esercitare il proprio controllo sugli altre due, o almeno su uno di essi. Naturalmente tali schematizzazioni rappresentano soltanto ipotesi relative a modelli di *conflitto relazionale* assolutamente teorici, in quanto essi non si presentano mai nella realtà in forma *pura* ma, nelle singole situazioni cliniche individuali, sono sempre tra di essi combinati nelle più varie forme.

i) Nel modello teorico dello *stile di attaccamento sicuro*, rappresentato nella Figura 8, l'Oggetto Ideale (o 'Ideale dell'Io') mantiene di solito un sufficiente livello di controllo sia rispetto all'Oggetto interno 'rifiutante' sia rispetto all'Oggetto interno 'eccitante', per cui il conflitto relazionale presentato dalle persone con questo stile di attaccamento risulta di norma abbastanza basso e in genere non particolarmente problematico, salvo particolari situazioni reali di eventi avversi, di stress o di tensioni che possono sempre verificarsi nel corso della vita ma che il più delle volte presentano comunque un carattere transitorio. Buona o comunque generalmente accettabile risulta inoltre, nelle persone caratterizzate principalmente da questo stile di attaccamento, la cosiddetta 'Presenza a sé stessi' (Minolli, 2009).

ii) Nel modello teorico dello *stile di attaccamento distanziante*, rappresentato nella Figura 9, è invece l'Oggetto interno 'rifiutante' ad esercitare il proprio controllo e dominio sia rispetto all'Oggetto interno 'eccitante' sia verso l'Oggetto Ideale, per cui il conflitto relazionale presentato dalle persone con questo stile di attaccamento risulta di norma abbastanza elevato, con conseguenti comportamenti particolarmente problematici sino a forme autolesive ed anche potenzialmente autodistruttive. Anche la 'Presenza a sé stessi' risulta di norma insufficiente, inadeguata, proprio perché l'Oggetto interno 'rifiutante' tende ad esercitare una funzione di ricorrente, e in taluni casi anche frequente, danneggiamento o comunque turbamento verso l'Oggetto Ideale.

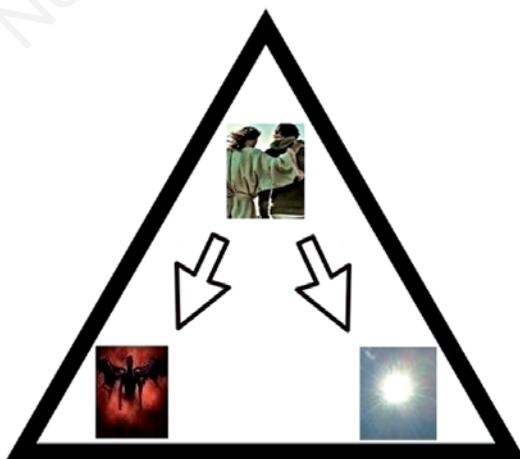


Figura 8. Il modello teorico del *conflitto relazionale* nelle persone caratterizzate da predominanza di *stile di attaccamento sicuro*.

iii) Nel modello teorico dello *stile di attaccamento preoccupato*, rappresentato nella Figura 10, è invece l'Oggetto interno 'eccitante' ad esercitare il proprio controllo e dominio sia rispetto all'Oggetto interno 'rifiutante' sia verso l'Oggetto Ideale, per cui il conflitto relazionale presentato dalle persone con questo stile di attaccamento risulta di norma abbastanza elevato ma non necessariamente caratterizzato da comportamenti particolarmente problematici sul piano della distruttività etero o autodiretta. Anche la 'Presenza a sé stessi' risulta comunque di norma limitata, perché in questi casi l'Oggetto interno 'eccitante' tende ad esercitare con non trascurabile frequenza una funzione di significativo turbamento verso l'Oggetto Ideale.

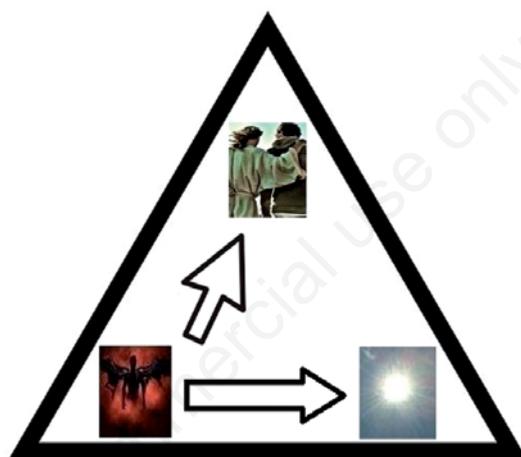


Figura 9. Il modello teorico del *conflitto relazionale* nelle persone caratterizzate da predominanza di *stile di attaccamento distanziante*.

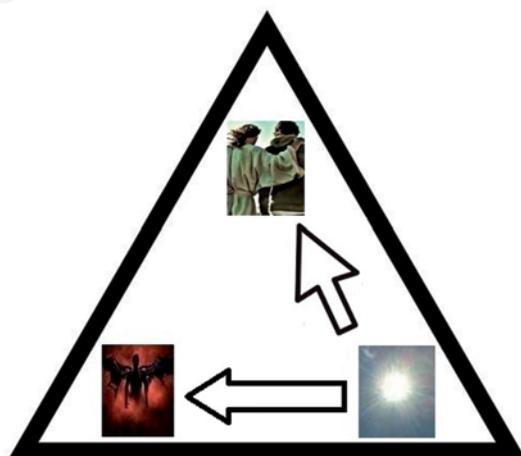


Figura 10. Il modello teorico del *conflitto relazionale* nelle persone caratterizzate da predominanza di *stile di attaccamento preoccupato*.

iv) Nella Figura 11, infine, è rappresentato il modello teorico dello *stile di attaccamento timoroso-evitante*, nel quale sia l'Oggetto interno eccitante sia l'Oggetto interno rifiutante tendono ad esercitare il proprio controllo e dominio verso l'Oggetto Ideale, per cui il conflitto relazionale presentato dalle persone con questo stile di attaccamento risulta di norma abbastanza elevato e potenzialmente caratterizzato da comportamenti particolarmente problematici sia sul piano della distruttività etero o autodiretta sia, in forma anche superiore, da ambivalenza emotiva ed affettiva. Anche la 'Presenza a sé stessi' risulta di norma scarsa o comunque significativamente limitata, perché in questi casi sono sia l'Oggetto interno 'rifiutante' sia l'Oggetto interno 'eccitante' che tendono ad esercitare con elevata frequenza una non trascurabile funzione di significativo turbamento verso l'Oggetto Ideale.

La gravità di ognuna di queste forme di conflitto relazionale, ovviamente, non è comunque determinata soltanto dal tipo di controllo che uno o due oggetti interni tendono ad esercitare verso gli altri, ma anche dal livello quantitativo con cui tale controllo viene esercitato.

Pertanto, dopo aver potuto rispondere - attraverso l'utilizzo di una sorta di 'modello del conflitto relazionale interno' fondato su una proposta di integrazione dei contributi teorici di Bowlby e di Fairbairn - in modo sostanzialmente affermativo al secondo dei tre quesiti sopra espressi, cercherò ora di fornire una risposta anche al primo di essi. Per far ciò utilizzerò principalmente i contributi teorici rispettivamente forniti da un recente strumento diagnostico di stampo psicoanalitico, l'OPD (2009), sulla base dell'analisi che ne hanno fatto alcuni autori della scuola della psicoanalisi della relazione ed in particolare Maria Luisa Tricoli (2017).

Rileva infatti questa autrice che l'OPD, 'aderendo ad una visione conflittuale, ma non strettamente freudiana, del funzionamento umano, indivi-

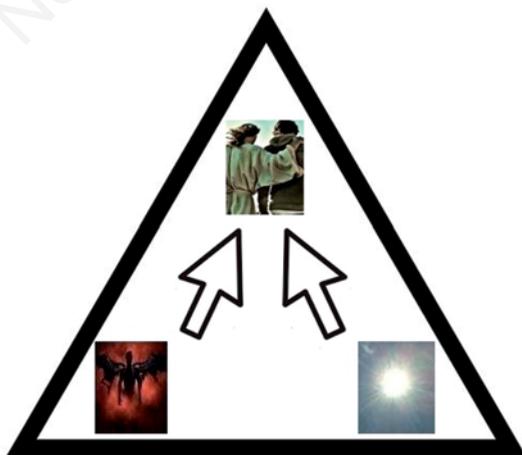


Figura 11. Il modello teorico del *conflitto relazionale* nelle persone caratterizzate da predominanza di *stile di attaccamento timoroso-evitante*.

dua sette tipi di conflitto, cioè di tensioni irrisolte che determinano il vissuto e il comportamento della persona e che possono essere inferite dal colloquio clinico (Stanghellini 2009, pp. 215-216): dipendenza vs autonomia, sottomissione vs controllo; accudimento vs autarchia; valorizzazione del sé vs valorizzazione dell'altro; tendenze egoistiche vs tendenze pro-sociali; conflitti edipico-sessuali; conflitti relativi all'identità che originano da rappresentazioni contraddittorie del Sé' (Tricoli, 2017).

Osserva, al riguardo, la medesima Autrice: 'Tralasciando il fatto che l'OPD, conformandosi ad un preciso modello teorico, è interessato all'aspetto conflittuale che sta a monte delle manifestazioni osservabili, le contrapposizioni individuate, trascurando le ultime due voci dell'elenco, possono essere considerate attitudini proprie di ogni essere umano che investono unitariamente l'area degli affetti, del pensiero e delle manifestazioni comportamentali' (Idem, p. 132).

Alla luce di tutte queste considerazioni mi sembra pertanto possibile concludere questa mia disamina del concetto di 'conflitto relazionale', anche al fine di dare finalmente una risposta anche al primo dei tre quesiti sopra formulati, evidenziando come, nel panorama complessivo della Psicoanalisi italiana ed internazionale contemporanea, non solo esso appaia tuttora strettamente connesso sia a quello di 'conflitto' in generale che a quello di 'campo' (inteso proprio come 'campo relazionale'), ma anche - e forse soprattutto - che proprio attraverso l'analisi congiunta e comune di entrambi questi aspetti così inestricabilmente presenti ed interagenti nella vita di ogni persona - cioè, appunto, il 'conflitto' ed il 'campo' propri di quella persona che a noi si rivolge - possa a volte rendersi per lei possibile, in ambito clinico e psicoterapeutico, una sufficientemente adeguata comprensione dei suoi bisogni, delle sue difficoltà, ma anche delle sue potenzialità.

O anche, detta in altri termini, che l'accompagnamento di ciascuno dei nostri pazienti verso l'obiettivo di un più soddisfacente benessere psicologico, di una migliore capacità di gestione dei propri conflitti, di una maggiore padronanza della propria vita (e cioè, per riprendere il fondamentale concetto insegnatoci da Michele Minoli, di una migliore 'Presenza a se stessi'), debba necessariamente prevedere, per noi, l'acquisizione ed il riconoscimento di un significato e di un senso all'interno del campo relazionale di *quel* paziente, dei suoi affetti e pensieri, dei suoi comportamenti, dei suoi stessi conflitti passati ed attuali.

## BIBLIOGRAFIA

- Albasi, C. (2005). Modelli operativi interni dissociati, ovvero che cosa succede quando non viene riconosciuta la specificità. *Ricerca Psicoanalitica*, 16, 3: 331-354.
- Aron, L. (1996). *Menti che si incontrano*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2004.
- Aron, L. & Sommer Anderson, F. (edited by) (1998). *Il corpo nella prospettiva relazionale*. Roma: La Biblioteca, 2004.
- Bacciagaluppi, M. (1996). Le idee di Erich Fromm sulla 'tecnica' psicoanalitica. *Psicoterapia e scienza umane*, 23(3), 1989.
- Bacciagaluppi, M. (2012). *Paradigmi in psicoanalisi. Un modello integrato*. Pisa: Edizioni ETS, 2012.
- Baranger, W. M. (1961-2). *La situazione analitica come campo bipersonale*. Milano: Cortina, 1990.
- Bowlby, J. (1969). *Attaccamento e perdita. Vol. 1. L'attaccamento alla madre*. Torino: Boringhieri, 1989.
- Bowlby, J. (1973). *Attaccamento e perdita. Vol. 2. La separazione dalla madre*. Torino: Bollati Boringhieri, 1978.
- Brenner, C. (1955). *Breve corso di psicoanalisi*. Firenze: Martinelli, 1976.
- Brenner, C. (1976). *Tecnica psicoanalitica e conflitto psichico*. Firenze: Martinelli, 1978.
- Bromberg, M.B. (1998/2001). *Clinica del trauma e della dissociazione*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2007.
- Celani, D.P. (1994). *The illusion of love: why the battered woman returns to her abuser*. New York: Columbia University Press.
- Celani D.P. (2010). *Fairbairn's Object Relations Theory in the Clinical Setting*. New York: Columbia University Press.
- Celani, D.P. (2014). *Revising Fairbairn's structural theory*. In: Clarke & Scharff, 2014, pp. 397-429.
- Clarke, G. & Scharff D. (2014). *Fairbairn and the Object Relations Tradition*. London: Karnac, 2014.
- Fairbairn, W.R.D. (1940). *Schizoid Factors in the Personality*. Ital. trans.: *Fattori schizoidi nella personalità*, in *Studi psicoanalitici sulla Personalità*, cit., pages 25-51.
- Fairbairn, W.R.D. (1941). *Riesame della psicopatologia delle psicosi e delle psiconevrosi*. In: Fairbairn. W.D.R. *Studi psicoanalitici sulla personalità*. Torino: Bollati Boringhieri, 1970.
- Fairbairn, W.R.D. (1943). *The Repression and the Return of Bad Objects (with Special Reference to the 'War Neuroses')*. Ital. trans.: *La rimozione e il ritorno degli oggetti cattivi*, in *Studi psicoanalitici sulla Personalità*, cit., pp. 85-109.
- Fairbairn, W.R.D. (1944). *Endopsychic Structure considered in Terms of Object Relationships*. Ital. trans.: *La struttura endopsichica considerata in termini di relazioni oggettuali*, in *Studi psicoanalitici sulla Personalità*, cit., pp. 110-168.
- Fairbairn, W.R.D. (1946). *Object-Relationships and Dynamic Structure*. Ital. trans.: *Relazioni oggettuali e struttura dinamica*, in *Studi psicoanalitici sulla Personalità*, cit., pp. 169-184.
- Fairbairn WRD (1952). *Psychoanalytic studies of the personality*. Ital. trans. *Studi psicoanalitici sulla personalità*. Torino: Bollati Boringhieri, 1970.
- Fairbairn, W.R.D. (1958). *On the nature and aims of psychoanalytic treatment*. Int. J. Psychoanal., Vol. XXXIV, 1958, pp. 374-385. Trad. it.: *Natura e scopi del trattamento psicoanalitico*, in *Il piacere e l'oggetto: scritti 1952-1963*, cit., pp. 143-168.
- Fairbairn, W.R.D. (1952-1963). *Il piacere e l'oggetto: scritti 1952-1963*. Edited by Franco Orsucci (Psiche e coscienza). Roma: Astrolabio Ubaldini, 1992.
- Fairbairn, W.R.D. (1963). *Synopsis of an Object-Relations Theory of Personality*. Int. J. Psychoanal., Vol. XLIV, 1963, pag. 224. Ital. trans.: *Sinossi della teoria delle relazioni*

- oggettuali applicata alla personalità. In *Il piacere e l'oggetto: scritti 1952-1963*, cit., pp. 169-170.
- Ferenczi, S. (1924). *Thalassa. Saggio sulla teoria della genitalità*. Milano: Cortina, 1965.
- Ferenczi, S. (1920-32). *Frammenti e annotazioni*. In *Opere*, vol. 4. Milano: Raffaello Cortina, 2002.
- Ferenczi, S. (1932a). *La confusione delle lingue tra adulti e bambini*. In *Opere*, vol. 4. Milano: Raffaello Cortina, 2002.
- Ferenczi, S. (1932b). *Diario clinico*. Milano: Raffaello Cortina, 1988.
- Fontana, M. (2016). *La psicopatologia in Psicoanalisi della Relazione*. Retrieved from: [https://sipreonline.it/wp-content/uploads/2016/10/Fontana\\_Psicopatol\\_-La-psicopat-in-Psi-Rel.pdf](https://sipreonline.it/wp-content/uploads/2016/10/Fontana_Psicopatol_-La-psicopat-in-Psi-Rel.pdf)
- Fontana, M. (2017). *La diagnosi e le sue implicazioni nella clinica psicoanalitica*. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2017.
- Frati, F. (2012). *Il lato oscuro della mente. L'io di fronte ai cambiamenti*. Molfetta: Edizioni La Meridiana, 2012.
- Frati, F. (2013). *La rilevanza dell'opera di W. R. D. Fairbairn per la metapsicologia e la psicoterapia contemporanee*. Ricerca Psicoanalitica: Anno XXIV, n.2/2013, pp. 105-125. Milano: Franco Angeli, 2013.
- Frati, F. (2015). *Il problema della 'rimozione dell'oggetto buono' nel modello teorico-clinico di Fairbairn. Psicoterapia e Scienze Umane*: n.3, Vol. XLIX. Milano: Franco Angeli, 2015.
- Freud, A. (1936). *L'Io e i meccanismi di difesa*. Firenze: Martinelli, 1967.
- Freud, S., & Breuer, J. (1892-1895). *Studi sull'isteria. Opere*, vol. 1: 161-439. Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud, S. (1894). *Le neuropsicosi da difesa. Opere*, vol. 2: 121-134. Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud, S. (1895). *Progetto di una Psicologia. Opere*, vol. 2: 201-284. Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud, S. (1899). *Ricordi di copertura. Opere*, vol. 2: 435-453. Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud, S. (1899 [1900]). *L'interpretazione dei sogni. Opere*, vol. 3: 3-565. Torino: Boringhieri, 1966.
- Freud, S. (1904). *Psicopatologia della vita quotidiana. Opere*, vol. 4: 57 - 298. Torino: Boringhieri, 1970.
- Freud, S. (1915-17). *Introduzione alla psicoanalisi. Opere*, vol. 8: 191-613. Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud, S. (1915-17 e 1932). *Introduzione alla psicoanalisi. Prima e seconda serie di lezioni*. Torino: Boringhieri, 1969.
- Freud, S. (1917a). *Supplemento metapsicologico alla teoria del sogno. Opere*, vol. 8: 89-101. Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud, S. (1917b). *Lutto e melanconia. Opere*, vol. 8: 102-118. Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud, S. (1920). *Al di là del principio di piacere. Opere*, vol. 9: 187-249. Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud, S. (1922a). *Due voci di enciclopedia: 'Psicoanalisi' e 'Teoria della Libido'. Opere*, vol. 9: 435-462. Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud, S. (1922b). *L'Io e l'Es. Opere*, vol. 9: 469-520. Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud, S. (1923). *Nevrosi e psicosi. Opere*, vol. 9: 607-615. Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud, S. (1926). *Inibizione, sintomo e angoscia. Opere*, vol. 10: 231-317. Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud, S. (1932). *Introduzione alla psicoanalisi (nuova serie di lezioni). Opere*, vol. 11: 115-284. Torino: Boringhieri, 1979.
- Freud, S. (1938 [1940]). *Compendio di psicoanalisi. Opere*, vol. 11: 569-634. Torino: Boringhieri, 1979.
- Greenberg, J., & Mitchell, S.A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Ital. trans. *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica*. Bologna: Il Mulino, 1986.

- Gruppo di lavoro OPD (a cura di A. De Coro) (2002). *Diagnosi psicodinamica operazionalizzata. Presupposti teorici e applicazioni cliniche*. Milano: Masson, 2002.
- Guntrip, H. (1961). *Struttura della personalità e interazione umana*. Torino: Boringhieri, 1971.
- Hinshelwood, R.D. (1989). *A dictionary of Kleinian thought*. Ital. trans. *Dizionario di psicoanalisi kleiniana*. Milano: Raffaello Cortina, 1990.
- Hirsch, I. (2008). *Coasting in the countertransference. Conflicts of Self Interest between Analyst and Patient*. New York: The Analytic Press, 2008.
- Holt, R.R. (1989). *Freud reappraised*. Ital. trans. *Ripensare Freud*. Torino: Bollati Boringhieri, 1994.
- Klein, M. (1929). *La personificazione nel gioco infantile*. In *Scritti: 1921-1958*. Torino: Bollati Boringhieri, 1978, pp. 227-238.
- Klein, M. (1932). *La psicoanalisi dei bambini*. Firenze: Martinelli, 1970.
- Klein, M. (1957). *Invidia e gratitudine*. Firenze: Martinelli, 1985.
- Klein, M. (1958). *Scritti: 1921-1958*. Torino: Bollati Boringhieri, 1978.
- Klein, M. & Riviere, J. (1964). *Amore, odio e riparazione*. Roma: Astrolabio, 1969.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. Ital. trans.: *Narcisismo e analisi del Sé*. Torino: Boringhieri, 1976.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Ital. trans. *Enciclopedia della Psicoanalisi*. Bari: Laterza, 1973.
- Liotti, G. (1999). *Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology*. In: Solomon, J., George, C. (edited by). *Attachment disorganization*. New York: Guilford Press, 1999.
- Liotti, G., & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2011.
- Minolli, M. (1996). La psicoanalisi della relazione. *Ricerca Psicoanalitica*, VII(1-2), 117-133.
- Minolli, M. (1998). 1897-1997 Cento anni senza trauma reale. Intervista con Marco Bacciagaluppi. *Ricerca Psicoanalitica*, IX(1), 59-69.
- Minolli, M. (2004). Per un Io-Soggetto fatto di legami. *Ricerca Psicoanalitica*, XV(3), 317-329.
- Minolli, M. (2005). Psicoanalisi della Relazione di coppia. *Ricerca psicoanalitica*, XVI (3), 219-242.
- Minolli, M. (2005). Per un Io-soggetto come sistema. *Ricerca psicoanalitica*, XVI(3) 355-374.
- Minolli, M., & Coin, R. (2006). *Per una psicoanalisi della relazione. Psicoterapia e Scienze Umane*: Anno XL, 3, 641-652. Milano: Franco Angeli, 2006.
- Minolli, M., & Coin, R. (2007). *Amarsi, amando. Per una psicoanalisi della relazione di coppia*. Milano: Franco Angeli.
- Minolli, M. (2009). *Psicoanalisi della relazione*. Milano: Franco Angeli.
- Minolli, M. (2011). Tu sei me e io sono te. *Ricerca Psicoanalitica*, XXII(2).
- Minolli, M. (2015). *Essere e divenire. La sofferenza dell'individualismo*. Milano: Franco Angeli, 2015.
- Mitchell, S.A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: an integration*. Ital. trans. *Gli orientamenti relazionali in psicoanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri, 1993.
- Mitchell, S.A. (1993). *Speranza e timore in psicoanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri, 1995.
- Mitchell, S.A. (1997). *Psychoanalysis and the degradation of romance. Psychoanalytic Dialogues* 7, 23-42.
- Mitchell, S.A., & Aron, L. (a cura di) (1999). *Relational psychoanalysis. The emergence of a tradition*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Mitchell, S.A. (2000). *Il modello relazionale, dall'attaccamento all'intersoggettività*. Milano: Raffaello Cortina, 2002.
- Mitchell, S. (2001). Interview with... (AA.VV). *Ricerca Psicoanalitica*, XII(1), 32.
- Morin, E. (1981). *Computo ergo sum*. *Ricerca Psicoanalitica*, XVIII(3), 263-282.
- Morin, E. (1985). *Le vie della complessità*. In Bocchi, G., Ceruti, M. (edited by) (1985). *La sfida della complessità*. Milano: Feltrinelli, 1985.

- Rugi, G. (1998). *Riflessioni sul modello psicoanalitico di campo*. Retrieved from: <http://www.psychomedia.it/neuro-amp/98-99-sem/rugi.htm>
- Schore, A.N. (2003). *La regolazione degli affetti e la riparazione del sé*. Roma: Astrolabio, 2008.
- Skolnick, N.J. & Warshaw, S.C. (edited by) (1992). *Relational perspectives in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Stanghellini, G. & Rossi Monti, M. (edited by) (2009). *Psicologia del patologico. Una prospettiva fenomenologico-dinamica*. Milano: Cortina, 2009.
- Stanghellini, G. (2009). Conflitto. In: Stanghellini, G. & Rossi Monti, M. (edited by), *Psicologia del patologico. Una prospettiva fenomenologico-dinamica*. Milano: Cortina, 2009.
- Stern, D.B. (1997). *Unformulated experience from dissociation to imagination in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, 1997.
- Stern, D.B. (2010). *Partners in thought. working with unformulated experience, dissociation, and enactment*. New York: Routledge, 2010.
- Stern, D.N. (1985). *Il mondo relazionale del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri, 1987.
- Stern, D.N., Sander, L., & Nahum, J., Harrison, A.M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A.C., Bruschiweilerstern, N. & Tronick, E.Z. (1998). Non-interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy: the 'something more' than interpretation. *International Journal of Psychoanalysis*, 79, 903-921.
- Stern, D.N. (2002). *Why do people change in psychotherapy?* Continuing Education Seminar, ceseminars@aol.com, Los Angeles, CA.
- Stern, D.N. (2004). *Il momento presente*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2003.
- Sullivan, C.T. (1962). *Freud and Fairbairn: two Theories of Ego Psychology*. Doleystown Foundation, PA, 1963.
- Sullivan, H.S. (1959). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York, Norton, 1959. (Ital. trans.: *Teoria interpersonale della Psichiatria*. Milano: Feltrinelli, 1962).
- Sutherland, J.D. (1961). *Introduction*. In Guntrip, H., 1961, cit.
- Sutherland, J.D. (1963). Object-relations theory and the conceptual model of psychoanalysis. *British Journal of Medical Psychology*, 36, 109-124.
- Sutherland, J.D. (1980). The British object relations theorists: Balint, Winnicott, Fairbairn, Guntrip. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 28, 829-860.
- Sutherland, J.D. (1989). *Fairbairn's Journey into the Interior*. London: Free Association Books, 1989.
- Sutherland, J.D. (1994). *The Autonomus Self* (J.S. Sharff, Ed.). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Suttie, I.D. (1935). *Le origini dell'amore e dell'odio*. Prefazione di John Bowlby. Introduzione di Dorothy Heard. Prefazione alla prima edizione di James A. Hadfield. Postfazione di Franco Borgogno. Trans. by Francesco Capello. Torino: Centro Scientifico Editore, 2007.
- Task Force OPD (2009). *OPD-2. Diagnosi psicodinamica operazionalizzata. Manuale per la diagnosi e la pianificazione del trattamento*. Trad, it. Milano: FrancoAngeli, 2009.
- Tricoli, M.L. (2001). Dal controtransfert alla self-disclosure: la scoperta della soggettività dell'analista. *Ricerca Psicoanalitica*, 12(3), 229-245.
- Tricoli, M.L. (2017). *La diagnosi: un processo di senso*. In: Fontana, M. (2017). *La diagnosi e le sue implicazioni nella clinica psicoanalitica* (pp. 127-143). Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- Winnicott, D.W. (1958). *La capacità di essere solo*. Ital. trans. in: Winnicott, D. W. (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente. Studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*. Roma: A. Armando, 1974.
- Winnicott, D.W. (1965). *The Maturation Process and the Facilitating Environment (1957-1963)*. New York: International Universities Press, 1965. Trad. it.: *Sviluppo*

- affettivo e ambiente. Studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*. Roma: A. Armando, 1970.
- Winnicott, D.W. (1971). *Gioco e realtà*. Roma: A. Armando, 1974.
- Zito, S. (2017). *Diagnosi e 'specificità' della persona*. In: Fontana, M. (2017). *La diagnosi e le sue implicazioni nella clinica psicoanalitica* (pp. 145-158). Roma: Giovanni Fioriti Editore.

Non-commercial use only

---

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 8 marzo 2021.

Accettato per la pubblicazione: 8 settembre 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

*Ricerca Psicoanalitica* 2021; XXXII:535

doi:10.4081/rp.2021.535

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

## Setting ad assetto variabile. La chat dei sogni in psicoterapia: il caso di Adriana

*Carmine Parrella\**

### Introduzione

Ho di fronte a me Adriana una donna di circa trent'anni vestita con una tuta attillata, che disegna le forme di un corpo minuto. Mi sembra il corpo di una preadolescente sulla soglia dei grandi cambiamenti, quelli che ridisegnano la geografia e i confini del nuovo sé attraverso scosse telluriche che elevano colline, scavano avvallamenti e consegnano alla vita un territorio completamente nuovo da abitare e vivere. Del volto vedo solo gli occhi e la fronte alta e spaziosa, il resto, come anche accade a me, è coperto dalla mascherina dentro cui scompaiono assieme ai suoi e ai miei respiri, tutte le espressioni che dovrebbero accompagnare i nostri incontri. Così anche in questa terapia ci muoveremo come ipovedenti costretti a intuire e immaginare pezzi di noi che non possiamo vedere. La cosa che mi manca di più nel mio lavoro terapeutico, al tempo della pandemia, presso il Centro di Salute mentale sono i sorrisi. Sono costretto a una terapia senza sorrisi e per quanto il sorriso sia il risultato di una frazione impercettibile del movimento di una piccolissima parte del corpo, sento questa condizione come una profonda mutilazione dell'anima. Non so se qualcuno ha scritto qualcosa sul sorriso in terapia, ma so che tutto ha inizio con un sorriso e con un pianto. Quando dopo ore di travaglio il neonato ancora coperto di muco annuncerà la sua venuta al mondo con un gemito o un pianto, troverà a accoglierlo le braccia e il sorriso della madre. Da quel momento il gioco del pianto e del sorriso diventerà parte di quel cordone ombelicale emotivo che conetterà i due sostituendo quello fisico. Dal punto di vista psicologico incomincia il passaggio dalla dimensione simbiotica a quella fusionale, la quale a sua volta prepara il terreno per il lungo processo di separazione e individuazione dove il sorriso e il pianto

---

\*Psicologo e Psicoterapeuta presso Centro di Salute Mentale ASL Toscana Nord Ovest zona di Lucca e socio SIPRe. E-mail: carmine.parrella@uslnordovest.toscana.it

diventano i segnali attraverso il quale avviene una costante sintonizzazione tra i bisogni della madre e del bambino. Il corpo, il pianto e il sorriso diventano gli strumenti e la dimensione in cui i due sé si ridefiniscono di volta in volta come appartenenti o separati.

Nel corpo dolorante che Adriana adagia nella poltroncina del mio studio non c'è traccia di quel passaggio che porta una ragazza a essere da figlia a madre, eppure Adriana è madre di una bambina di otto anni ma di quel rapporto Adriana parlerà molto poco per tutto l'arco della terapia che è tutt'ora in corso. Mi chiedo se Adriana sia riuscita a sorridere alla sua piccola quando è venuta al mondo e se quel sorriso non fosse intriso di una qualche inesprimibile tristezza, perché quando Adriana è rimasta incinta senza volerlo e senza programmarlo, qualcosa nella vita e dentro Adriana si è fermato. Mi chiedo se Adriana stessa, quando è venuta al mondo, abbia trovato il sorriso di sua madre. Adriana ribadisce spesso nel corso degli incontri che la madre non voleva avere figli. Ha accettato solo per le pressioni del padre lasciando intuire che, senza quella concessione forse il matrimonio non sarebbe durato. Le descrizioni e il modo in cui Adriana ha interiorizzato le relazioni genitoriali precoci, mi ricordano la scimmietta del famoso esperimento di Harlow. La madre viene descritta da Adriana come la scimmietta di filo di ferro che ha il biberon e a cui Adriana si attacca per prendere il latte e il padre la scimmietta finta di peluche e senza biberon con cui passa il resto del tempo per trovare calore e sicurezza. A volte Adriana sembra rannicchiarsi nella poltroncina come se volesse tornare ad essere un feto. Anche nella poltroncina però prova dolori muscolari così intensi e forti che deve spostarsi e fare tutta la seduta da sdraiata su un materassino.

Adriana arriva preceduta dalla telefonata sconfortata del suo medico di famiglia a cui fa costanti e reiterate richieste di esami e di certificazioni. Adriana ha intensi dolori muscolari in tutte le parti del corpo, dolori diagnosticati come una forma di fibromialgia. Il dolore varia in termini di localizzazione e di intensità e le impedisce di lavorare ormai da più di un anno in un ufficio. Ha ormai utilizzato quasi tutte le forme di tutela prevista per i lavoratori e si avvicina il momento in cui ci sarà l'inevitabile licenziamento. La mancanza di chiari esiti diagnostici relativi a patologie di organo fa di lei una malata immaginaria immersa in un mondo dove nessuno crede alla sua malattia e quindi nessuno comprende e capisce il modo in cui soffre. Eppure, questo corpo un tempo era appartenuto ad un'altra Adriana. Lo si può vedere nel suo sito internet perché Adriana è stata una promessa nel mondo della musica. Le foto la ritraggono in eventi pubblici, performance interviste e premiazioni anche in prestigiosi contesti internazionali. Il corpo è nello splendore dei vent'anni, elegante e sensuale un corpo in grado di catturare l'attenzione e il desiderio, un corpo che esprime bellezza sicurezza e femminilità.

Ora quel corpo non lo vuole nessuno, o forse lo vogliono solo uomini in cerca di avventure sessuali che Adriana contatta in chat nel tentativo di rom-

pere l'isolamento affettivo in cui è precipitata. Adriana aveva iniziato un progetto di vita con il padre della bimba, anche lui un giovane musicista con il quale aveva condiviso importanti progetti. La convivenza non era durata, Adriana si era trovata a fronteggiare una personalità narcisista con una vita sessuale sregolata e trasgressiva che non si curava di nascondere più di tanto, esponendola a costanti litigi e umiliazioni. Così era ritornata a casa a vivere con i suoi genitori mentre l'ex compagno che, continuava in modo brillante la propria carriera, metteva in atto una serie infinita di comportamenti provocatori e punitivi sottraendosi sistematicamente agli obblighi di mantenimento e costringendo Adriana ad iniziare una serie di logoranti battaglie legali.

I genitori avevano procurato ad Adriana un lavoro in un ufficio, dove si occupava della segreteria e di seguire pratiche a lei anonime. Una volta uscita dall'ufficio Adriana divideva il tempo tra le cure alla figlia e il tentativo di rimanere ancorata al mondo dello spettacolo lavorando fino a tardi allo sviluppo di nuovi progetti artistici che avrebbero dovuto riconsegnarla alla vita che aveva dovuto abbandonare, un ritmo che la stessa Adriana definirà poi come impossibile da sostenere.

I primi dolori muscolari e articolari si presentano sul lavoro impedendole di stare davanti al computer e di digitare sulla tastiera per poi sconfinare inesorabilmente in tutto il corpo. Ben presto i dolori diventano così intensi e stabili da tenerla permanentemente lontana dal lavoro. Adriana spera di ottenere il riconoscimento dell'invalidità e con una parte dei propri soldi comprare un immobile in una località turistica e vivere con i proventi di questa attività. Associa la possibilità di guarigione alla realizzazione di questo sogno. Nel corso della terapia tutti i tentativi che fa in questa direzione non hanno esito aumentando il senso di sconforto e di fallimento. Adriana trova sollievo nello yoga e si documenta attivamente su tutte le terapie alternative cercando anche di passare ad una alimentazione vegetariana. Tutti questi tentativi vengono squalificati dai genitori creando una ulteriore tensione tra loro.

Gli incontri con Adriana vertono sul conflitto con i genitori e soprattutto con la madre. I genitori vengono spesso accusati di colludere con l'ex compagno perché, nel tentativo di non esasperare il conflitto con lui, cedono spesso ai suoi ricatti e alle sue provocazioni vanificando il tentativo di Adriana di ottenere il rispetto delle regole e degli impegni concordati. Adriana descrive la madre come affettivamente assente e intrusiva. La bimba diventa il nuovo terreno di scontro tra Adriana e la madre che non approva la maggior parte delle scelte che Adriana fa per la figlia. Adriana inoltre accusa la madre di sottrarle di nascosto e buttare via oggetti che le appartengono quasi a esprimere un bisogno di controllo sulla casa o un desiderio di allontanare simbolicamente la figlia dal suo spazio vitale. Adriana per contro si difende minacciando di fare altrettanto con oggetti preziosi per la madre. Insieme al collega che la segue come psichiatra decidiamo un primo allargamento del setting includendo incontri con tutta la famiglia che co-conduciamo. In questi incontri vengo-

no messi in scena i conflitti sopradescritti e tentiamo una mediazione e ridefinizione delle reciproche rappresentazioni. Da un lato cerchiamo di far emergere il dolore emotivo sotteso al dolore fisico di Adriana tentando di comunicare che solo curando questo dolore si potrà avere ragione del suo correlato fisico, dall'altro sottolineiamo il tentativo da parte dei genitori di prendersi cura di lei nel modo in cui loro sono al momento capaci. Evidenziamo il circuito disfunzionale tra attivazione del sistema di accudimento da parte di Adriana attraverso il dolore fisico e sconferma da parte di Adriana dei genitori nella loro capacità di dare risposte ai suoi bisogni emotivi, una forbice che da subito non sembra essere facilmente negoziabile.

Dopo circa un anno avverto che la terapia è in una fase di stallo, le narrazioni e i circuiti relazionali disfunzionali si ripetono ciclicamente senza che si presentino nel setting, sia in termini di contenuti che di processi transferali, elementi nuovi e di discontinuità che permettano di elaborare i piani emotivi dolorosi sia storici che attuali collegabili al disturbo somatoforme. Al tempo stesso sento però che Adriana ha risorse in termini di pensiero simbolico che non sono ancora riuscito ad attivare. La frustrazione di ritrovarmi costantemente ad interagire su un piano concreto fatto di dolori paralizzanti del corpo e narrazioni di genitori incapaci di fare quello che lei si aspetta aumenta il mio senso di disagio e di impotenza.

A partire da ciò propongo ad Adriana di spostare l'attenzione al mondo onirico suggerendo che in quella dimensione probabilmente, notte dopo notte, Adriana sia in grado di fare una serie di esperienze relazionali ed emotive non limitate dal dolore che ora prova nel corpo ma che siano ad esso collegate.

Per facilitare tale processo le propongo di utilizzare la 'chat dei sogni' una chat su WhatsApp, che chiaramente condividiamo in modo privato dove potrà lasciare giorno per giorno registrazioni dei vocali con il resoconto dei sogni. Io mi impegno ad ascoltare regolarmente i vocali sui sogni e lasciarle quando possibile dei brevi feedback da riprendere e approfondire nelle sedute successive.

È una variazione del setting che avevo già sperimentato con un buon esito in un altro caso complesso.

Si tratta di considerare l'assetto del setting come variabile, per introdurre modalità di relazione che favoriscano il funzionamento e l'espressione di parti del paziente che risultano difficilmente attivabili all'interno della cornice usuale. Adriana raccoglie l'invito e da quel momento incomincia a inviarmi quasi tutti i giorni anche tre sogni per volta. La maggior parte di essi sono sogni articolati che fluiscono l'uno nell'altro e solo in pochi casi si tratta di frammenti e di spezzoni isolati. Ho l'impressione che spesso i sogni siano comunicati 'a caldo' a poca distanza dal momento in cui sono stati effettuati, il tono della voce è spesso intriso dell'emotività e tono affettivo del sogno e molti sono i 'vocali' in cui Adriana mette autonomamente in relazione il contenuto dei sogni con gli accadimenti della giornata.

Il primo sogno che Adriana consegna alla chat è il seguente e a questo ne seguiranno fino a oggi un centinaio.

## Sogno 1

Ciao... Allora ti racconto del sogno stanotte, brevemente perché... eh... i dettagli... a volte sono proprio inutili, non so eh... ma comunque mi son sognata due cose ricorrenti, le sogno spesso ma non mi so neanche spiegare più di tanto il motivo, perché non sono cose di cui ho paura durante la realtà, quindi è un sogno un po' incubo un po' stressante come al solito, ansioso, di certo non rilassante... perché mi son sognata l'apocalisse, ogni tanto mi sogno l'apocalisse... qui stava per andare via la luce e l'ossigeno e ci volevano le bombolette di ossigeno... e quindi si stava cercando di venir via dalla casa, di metterci in sicurezza con la mia famiglia e di metterci su un treno... si sono comunque cose che si rifanno anche ai film perché ho visto dei film anche recentemente, dei documentari su... sui problemi climatici... e poi c'era un film che anni fa vidi che si mettevano in salvo su un treno dopo l'apocalisse, noi... noi si cercava di sopravvivere senza rimanere fermi ma muovendosi su un treno, cioè rimanendo in movimento come quel film lì. Ehm... e poi... ecco dal treno son passata a un altro sogno ricorrente che non è correlato però... tipo di, di trovarsi sui treni o sui pullman come a scuola, oppure per una gita o per altri motivi e non riuscire a... a capire qual è l'ora del treno, del pullman, di perderlo, che comunque mi succedeva spesso ma son cose che non mi succedono più da più da 15 anni e quindi... di non... di non riuscire a tornare a casa o di non riuscire ad arrivare in un posto, di perdersi, di ritrovarsi fino a sera per le stazioni o per le fermate dei pullman, di scendere alla fermata sbagliata e poi mi tocca tornare a casa a piedi, al buio, da sola con la paura... e... e la casa di cui parlo in questi due sogni è quella vecchia in realtà, io mi sogno sempre quella vecchia in cui io son cresciuta che... ma una certa nostalgia ce l'ho sempre avuta perché si stava meglio là per quanto riguarda gli ambienti, in campagna senza vicini che ti guastano l'esistenza, senza cani che ti svegliano tutti i giorni e... e praticamente... e praticamente... ehm... mi sogno con nostalgia la casa vecchia...

I sogni hanno molteplici chiavi di lettura e metodologie di lavoro in ambito clinico. Il sogno è sicuramente una grande palcoscenico dove la psiche va in scena nel tentativo di compensare e riconnettere attraverso un processo 'creativo' e non controllabile tutte le parti che nell'esperienza cosciente e diurna sono scisse, frammentate e sospese nella loro componente di desiderio o di angoscia. Questo palcoscenico onirico svolge spesso la funzione di 'laboratorio' dove la persona fa esperienza di differenti parti di sé alla ricerca di un complesso equilibrio e di una improrogabile coerenza. Questa esperienza viene poi tramutata in testo che viene offerto al terapeuta il quale ha la possi-

bilità di iniziare a giocare con il paziente con quel testo. Uso il termine gioco perché una volta che il sogno viene tramutato in testo e offerto al terapeuta è possibile sovrapporre le due aree 'immaginative e simboliche', quelle del terapeuta stesso e quello del paziente e incominciare a scambiare e integrare le rispettive risonanze così come avviene nel gioco.

I contenuti e i temi del primo sogno sono quanto mai espliciti. Adriana è stata travolta dall'Apocalisse, non c'è più aria e non c'è più luce. Questa prima scena ci introduce alla esperienza di una catastrofe totale dove non c'è più alcun posto dove vivere e dove il corpo non può ricevere nessun nutrimento. È il modo in cui Adriana può raccontarmi il dramma della perdita del suo mondo a seguito della nascita della figlia e soprattutto del tradimento del compagno. La perdita di quel mondo è apocalittica perché non esiste dentro di sé un altro universo alternativo abitabile nulla che sia ricostruibile. Insieme alla sua famiglia deve salire su un treno per mettersi in salvo. Il treno in questione è simile al treno del film 'Snowpiercer' del regista Bong Joon-Ho, un treno che percorre in modo perpetuo un mondo privo di vita e ricoperto dai ghiacci in cui in coda stanno i miserabili e in cima i ricchi. Il treno introduce il tema della 'claustrofobia' e della 'Simbiosi' attraverso un viaggio dentro un vagone angusto e privo di spazi personali il cui scopo è la mera sopravvivenza senza una direzione reale e possibile. L'associazione con il film 'Snowpiercer' è anche la rappresentazione del declassamento avvenuto da promessa dello spettacolo a 'miserabile'. In questo viaggio non si fa menzione della figlia. La famiglia che viene sognata in questo e nella quasi totalità dei sogni, non a caso è sempre quella relativa a lei e ai suoi genitori.

Mi chiedo quanto questa scena claustrofobica sia stata proiettata nella terapia inducendomi ad trovare altro spazio allargando i confini del setting per cercare di includere qualcosa di potenzialmente vitale.

In ogni caso Adriana non può scendere da quel treno, non può tentare di fare il suo viaggio da sola. Se ci prova si ritrova incapace di orientarsi tra autobus, stazioni, orari può finire al buio in preda alla paura con l'eventualità di tornare a casa a piedi da sola esposta a pericoli. Il senso di impotenza di Adriana e la mancanza di autonomia sono totali nella vita così come nel sogno. Più i suoi genitori la spingono ad attivarsi, la richiamano alle sue responsabilità e non la difendono dagli attacchi del mondo esterno più il suo corpo si blocca si irrigidisce. L'unica possibilità di sopravvivenza sia nel sogno che nella vita reale è legata alla presenza dei genitori in una forma di legame simbiotico dove Adriana esiste ma al tempo stesso finisce per scomparire nella sua soggettività.

Il sogno restituisce alla terapia una Adriana bambina, spaventata sperduta in un mondo in cui non sa viaggiare di cui non conosce il territorio e gli snodi e che vuole disperatamente tornare alla sua casa dell'infanzia dove si sente protetta. Sognerà la casa innumerevoli volte mettendo in scena la possibilità di esistere solo all'interno di una regressione simbiotica, infatti, offre il suo

corpo sofferente per ottenere e mantenere questo legame. A riprova di questo arriva un sogno in cui può andare a vivere in un appartamento posto sopra a quello dei suoi genitori. L'appartamento però risulta con le scale e balconi malandati e soprattutto senza ringhiere e protezioni, un appartamento dove si può rischiare di cadere nel vuoto. Successivamente Adriana invece sogna di ritrovarsi all'interno della casa dei genitori, in una stanzetta piccola e buia, uno spazio molto simile a quello di un pollaio (o di un utero penso io). Nel sogno lei è felice e soddisfatta perché finalmente ha un posto tutto suo anche se sorpresa perché si chiede come può essere soddisfatta di un posto tanto piccolo e angusto.

Lo scopo di questo contributo non è però quello di indugiare su possibili interpretazioni dei sogni o di verificare in che modo il corpo che Adriana porta in terapia e il corpo 'sognato' possano esprimere e raccontare quelle fratture del sé che sono l'obbiettivo della cura. Lo scopo principale è quello di riflettere sulla *funzione* che il raccontare e condividere i sogni ha all'interno della relazione terapeutica con Adriana.

Parto dalla considerazione centrale che Adriana è una figlia non voluta (almeno per quanto riguarda la sua rappresentazione) i tentativi di modulare questa rappresentazione spostando l'attenzione su tutti gli sforzi che la madre fa per sostenerla sono inutili tanto che più avanti, Adriana sogna i suoi terapeuti. Sogna che il collega psichiatra è in ritardo perché sta dando una intervista alla rai, questo la mette in eccitazione e pensa che avrebbe dovuto sistemarsi, truccarsi e cambiarsi per poter sostenere anche lei l'intervista. Il sogno prosegue poi con un vissuto di rabbia e delusione verso i suoi terapeuti che non vogliono credere a quanto la madre si comporti in modo distruttivo verso di lei e che quindi il suo venire in terapia è inutile. Nonostante questo, non essere voluta il periodo dell'infanzia è ricordato positivamente perché compensati dalla presenza del papà che ha un rapporto esclusivo con lei, anche se suscita l'invidia della madre. A proposito dell'invidia della madre Adriana ricorda che dopo cena mentre giocava felicemente con il papà la madre interveniva bruscamente per metterla a letto dicendo che era tardi distruggendo quei momenti di felicità. L'ipotesi su cui mi muovo e che il rifiuto della madre e i conseguenti vissuti di vergogna siano stati compensati dalla dimensione seduttiva eccitatoria esperita nella relazione con il papà. La dimensione eccitatoria è l'unica dimensione che permette ad Adriana di funzionare, le scelte di vita professionale nell'ambito della musica e dello spettacolo (al di là di attitudini e una naturale e sana passione per le arti) possono essere lette come il tentativo di replicare l'area eccitatoria in funzione di contrasto dell'area della vergogna e della 'miserabilità' come rappresentata nel sogno del treno.

In una prospettiva relazionale il lavoro sui sogni permette al paziente di raccontare creativamente qualcosa ma dobbiamo pensare che questo qualche cosa riguarda la relazione tra il paziente e il terapeuta: 'io ti racconto i sogni ma questi racconti riguardo te e me'.

La chat dei sogni ha quindi la funzione di ricreare un'area fusionale 'eccitatoria' con il terapeuta che ricalca l'esperienza con il padre e con le fantasie che accompagnano le sue esperienze nel mondo dello spettacolo. Uno spazio che lei potrà riempire di tantissimi contenuti personali e creativi e che il terapeuta porterà con sé oltre il normale orario della terapia. Come ci indica il sogno dell'intervista alla radio, attraverso la terapia lei può fantasticare che potrà tornare a esibirsi e quindi avere una attenzione esclusiva. Replicare però solo l'esperienza fusionale non è sufficiente a innescare un processo terapeutico sia nella dimensione del cambiamento che della riparazione. Bisogna staccarsi dall'area del desiderio. Una parte di Adriana mi chiede di colludere con questo aspetto, mi chiede se sarò in grado di proiettarla nell'universo bello caldo accogliente che ha perso, se sarò in grado di proteggerla dall'invidia e dall'aggressività degli altri, ma un'altra parte di Adriana, anch'essa bene evidenziata dal contenuto dei sogni, sta chiedendo di aiutarla ad affrontare il dolore e la vergogna di essere una bimba senza madre e di essere una 'miserabile' agli occhi degli altri e di sé stessa. IL ruolo del terapeuta e della Chat dei sogni è quello di costituire uno spazio psichico fusionale dove gli elementi 'eccitatori e creativi' coesistono e si integrano con i vissuti depressivi. Si tratta di un processo psichico chiaramente molto complesso perché sperimentare in modo vero e sano l'area depressiva significa 'smontare' o 'sospendere' l'esperienza fusionale con il padre. Quando questo accade infatti il dolore fisico si intensifica, invade totalmente il corpo paralizzandola e ributtandola in un'area simbiotica. Credo che la Chat dei sogni assolva alla funzione di spazio transazionale tra gioco e realtà dove l'area del gioco, è rappresentato dall'esperienza fusionale attivata con il terapeuta dal giocare insieme con i sogni e la realtà dalla possibilità di sperimentare nella relazione con il terapeuta parti non validate o non funzionanti del sé.

Nell'ultimo sogno Adriana confeziona un pacchetto regalo per sua figlia e utilizza un bel nastro ma la madre interviene duramente dicendo che non va bene ciò che sta facendo perché quel nastro si utilizza per i regali di Natale e non deve abituare la bimba ad avere regali di Natale quando non lo è.

Adriana coglie del sogno solo l'aspetto persecutorio della madre che violentemente la richiama alla realtà e che la toglie da quell'area 'eccitatoria' dove Adriana può esistere solo all'interno della dimensione narcisistica e del desiderio. Nella scena del sogno si possono riscontrare però anche evidenti elementi transferali dove si proietta un'area di conflitto. La fantasia di guarigione di Adriana è legata alla possibilità di realizzare i suoi desideri. Su questo Adriana è esplicita: non posso guarire se i miei genitori non mi accudiscono in modo adeguato e se non smettono di darmi addosso, non posso guarire se il mio ex compagno non smette di provocarmi, non posso guarire se non andrò a vivere in un posto caldo e con il mare e non potrò guarire se non trovo un uomo in grado di amarmi. Il tentativo del terapeuta di negoziare questi bisogni con la realtà è visto come una operazione violenta e intrusiva che riat-

tiva i vissuti di rabbia e di disprezzo nei confronti della madre. Penso che la chat dei sogni su WhatsApp rappresenti per Adriana lo spazio paterno, quello del desiderio incondizionato mentre la seduta reale rappresenti lo spazio materno ovvero la dimensione del limite. Immagino che una parte della trasformazione terapeutica per Adriana sia legato alla possibilità di integrare queste due dimensioni che attualmente appaiono totalmente scisse.

Un'ultima considerazione riguarda la variabile tempo nella terapia erogata nei servizi pubblici con pazienti particolarmente gravi e regrediti. Lavorare sulla dimensione fusionale per permettere un movimento regressivo con potenzialità terapeutiche anziché patologico richiede una grande quantità di disponibilità di tempo e di energie. Spesso tali percorsi terapeutici fanno affidamento a una molteplicità di figure professionali e di setting differenziati che integrandosi tra loro forniscono un'area sicura dove gli aspetti scissi e frammentati possano essere stabilmente contenuti e lentamente integrati. In assenza di questo, con pazienti quindi funzionanti socialmente ma profondamente scissi, la chat dei sogni può 'estendere' il contenitore relazionale incidendo in modo sostenibile sulla quantità di risorse che sono disponibili nell'istituzione.

---

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ringraziamenti: le considerazioni su questo caso clinico sono il risultato del contributo di una riflessione comune avviata con i colleghi del Gruppo di Intervisione di Pisa, condotto dal Dr. Giuseppe Riefolo e dal mio collega con cui condivido l'intervento sul caso Dr. Guido Ambrogini. A tutti loro va il mio personale ringraziamento.

Consenso del paziente: tutti i dati personali che potessero portare ad una identificazione della protagonista sono stati modificati per mantenere e tutelare la privacy della paziente.

Ricevuto per la pubblicazione: 7 luglio 2021.

Accettato per la pubblicazione: 30 luglio 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:587

doi:10.4081/rp.2021.587

*This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (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 al caso clinico: *Setting ad assetto variabile.* *La chat dei sogni in psicoterapia: il caso di Adriana***

*Roberta Giampietri\**

Ringrazio la Redazione di *Ricerca Psicanalitica* e il dott. Parrella per la fiducia accordata invitandomi a questo confronto.

Mi ha fatto piacere leggere il caso, sia per il modo di scrivere del dott. P., sintetico ma intenso tanto da farmi entrare con partecipazione all'interno della sua relazione terapeutica con Adriana, che per le belle metafore associate alle prime fasi della vita, che anch'io sento come un riferimento prezioso.

Il gioco del pianto e del sorriso come cordone ombelicale emotivo che si sostituisce a quello fisico è una bellissima immagine. Mi ha fatto 'sentire' quanto fosse attenta e affettiva la presenza del terapeuta (T) accanto ad Adriana (A).

Trovo interessanti e condivisibili i collegamenti tra i bisogni irrisolti del passato e la condizione dolorosamente sintomatica del presente e soprattutto mi è sembrato strategico il passaggio alla chat dei sogni, per uscire dal difficile momento di ripasse che T ha illustrato.

Per quanto riguarda la richiesta che costituisce lo scopo principale del suo contributo, sono sicuramente d'accordo che individuare un luogo (che curiosamente T descrive come 'altro') dove raccontare e condividere i sogni sia stata un'ottima scelta: ha avuto la funzione di mantenere e permettere lo sviluppo positivo della relazione terapeutica; mentre non sono altrettanto sicura che 'estendere il contenitore relazionale' attraverso la 'chat dei sogni' possa essere ritenuto generalizzabile in situazioni analoghe, né che possa essere usato come tecnica per accelerare il processo di cura.

La perplessità al riguardo si basa sulla mia convinzione secondo cui il 'fattore che cura' ha a che fare più con la relazione terapeutica e con la 'persona' del terapeuta che con la/le teorie e le tecniche di riferimento.

Voglio semplicemente dire che purtroppo non vedo scorciatoie possibili rispetto alla necessità, possibilmente trasformativa, di stabilire una relazio-

---

\*Il Ruolo Terapeutico - Parma. E-mail: robertagiampietri@virgilio.it

ne di fiducia profonda e reciproca, i cui tempi, io credo, sono soprattutto dettati dalla disponibilità della 'persona' del T a rendersi accessibile a tutto ciò che porta in seduta il paziente. Rispetto alle teorie e alle tecniche, tutti ci facciamo aiutare dalle ns mappe teoriche di riferimento e cerchiamo nei nostri 'cassetti degli attrezzi' strumenti per uscire dai momenti di impasse relazionali che ci procurano disagio e frustrazione. Quello che trovo maggiormente necessario in una terapia è, però, che il terapeuta mantenga costantemente attivo il monitoraggio su di sé, sul suo controtransfert oltre che sul paziente, per potersi prendere cura di ciò che della sua persona potrebbe in quel momento essere d'intralcio alla terapia stessa. La ricchezza del 'bagaglio' e la creatività di ognuno, che è un altro attributo necessario al nostro lavoro, permetteranno di individuare la tecnica più adatta al caso. Ritengo comunque il suggerimento della chat dei sogni, che non conoscevo proposto in questa forma, un ottimo arricchimento per il mio, di cassetti, e anche per questo ringrazio il dott. P.

Ma il caso mi stimola a concentrarmi e interrogarmi più sulla relazione terapeutica che non sull'ottima e fruttuosa tecnica che T ha adottato.

Infatti, quello che sento essermi mancato nel suo racconto, è come T si sia sentito nel corso della terapia rispetto ad A, quali richieste abbia colto nel transfert, quali siano state le sue reazioni controtransferali, che tipo di investimenti abbia sentito su di sé e cosa abbia potuto farne con la paziente.

Non nascondo che soprattutto all'inizio il modo di presentarsi al suo terapeuta e di muoversi nella stanza di A mi avrebbe creato un certo spiazzamento e sconcerto.

Sono stata colpita dal contrasto iniziale di due elementi, che a me sembra si presentino contrastanti in seguito anche nei sogni: il corpo così minuto, infantile e apparentemente incompleto, così dolorante, contratto e straziato che mi suscita profonda angoscia, e il corpo rivestito dalla tuta attillata e capace di alzarsi dalla poltrona e stendersi sul materassino. Questo mi arriva come un movimento (e un messaggio) più evoluto, forse intriso di seduttività, dal quale colgo anche volitività e forte volontà di intraprendere/continuare la terapia. Un segnale prognosticamente molto buono.

Come mi sarei sentita, come si è sentito T rispetto a tutto questo? Che parti sue ha sentito toccate? Da quali messaggi comunicativi si è sentito attivato mentre stava con la sua paziente distesa sul materassino (immagino) di fianco alla sua scrivania? Quel che mi arriva è la bella e importante associazione con le scimmiette di Harlow.

Sicuramente Adriana viene a chiedere al suo terapeuta-scimmia di peluche calore e sicurezza. Forse vorrebbe starsene abbracciata tutto il tempo con lui sul materassino per non sentire l'angoscia del trauma iniziale del rifiuto materno, il suo 'papà' potrebbe aver fatto questo con lei...

Ma nel presente della relazione terapeutica A ha davanti anche la persona del T, l'uomo, a cui forse ha la forza di indirizzare nuovamente, nel solo

modo contraddittorio e concreto che conosce, anche i suoi bisogni di riconoscimento come donna ‘adesso che quel corpo non lo vuole nessuno, solo uomini in cerca di avventure sessuali’. Entrambe richieste impossibili da soddisfare sul piano della realtà, ma che chiedono di essere colte e accolte.

Adriana ha saputo crescere, diventare una ‘splendida ventenne di successo’ nonostante il fallimento delle prime relazioni oggettuali, quindi immagino un padre che, dopo essere stato scimmietta di peluche, ha saputo riconoscere, valorizzare e sostenere le qualità e la seduttività della figlia. Ipotizzo che, forte del buon esito della relazione paterna, grande, bella, sensuale e famosa, abbia così conquistato il suo partner. Nel mio racconto mi dico che deve aver messo tutto di sé, tutte le sue energie ma anche tutte le sue difese, per trovare nella nuova relazione risposte definitive a bisogni ancestrali inaccessibili, irrisolti; purtroppo illusorie. Condivido con T che questo fallimento, insieme al ritrovarsi madre non avendo fatto posto nemmeno al suo non essersi mai sentita figlia della propria madre, deve essere stata la catastrofe totale, l’Apocalisse, come coglie bene T soprattutto attraverso i sogni successivi. Potrebbe aver contribuito anche l’idea di aver deluso il padre.

Comunque, sembra un crollo totale nel vuoto, un ritorno nell’abisso dove parti arcaiche, direi prenatali, preverbali e pre-simboliche, rimandano l’idea di un feto non accolto e dolorante, contratto e sofferente in uno spazio inospitale (la poltrona). Per quel che ne so, i traumi della fase prenatale e preverbale (quando va bene perché incontrano accoglienza e contenimento successivi) producono difese sul piano concreto, corporeo: per non scompensarsi, la ‘mente relazionale’ ma non ancora pensante si cala nel corpo, da cui il disturbo somatoforme.

Cosa sente il terapeuta di fronte a movimenti espressi in modo così fisico e ancestrale? Cosa prova di fronte alla richiesta tutta preverbale di far posto e accogliere un’angoscia così arcaica e bisogni così assoluti e totalizzanti? Riesce a intravedere, in quel corpo esibito come attaccato e martoriato dal dolore, la bella donna che ha voluto essere ed è stata? Riesce a cogliere quanto sia preziosa e carica di speranza la sua domanda di aiuto così ambigua e ambivalente? Riesce a lasciarsene sedurre, riconoscendola e valorizzandola, senza farsi travolgere dal vuoto e dall’assolutezza dei bisogni? Riesce a non averne troppa paura?

In questo senso credo che le domande del terapeuta, molto orientate sulla paziente e meno su di sé, abbiano incontrato uno scoglio.

Infatti, per un certo tempo propone un primo ‘allargamento del setting’ in un ‘tentativo di mediazione e ridefinizione delle reciproche rappresentazioni’, coinvolgendo i genitori e co-conducendo con lo psichiatra, col risultato di arrivare a uno stallo, visto che nel presente di A le domande impossibili, riproposte sempre nello stesso modo contraddittorio e concreto, sono spostate per fortuna su T, anche se apparentemente rivolte ai genitori.

Infatti, solo nella realtà del rapporto con T è possibile ricevere e fare esperienza di risposte possibili a domande impossibili.

Ed è qui, credo, che T cerca nel suo cassetto degli attrezzi e trova la ‘chat dei sogni’. Non certo per caso: comprende o forse intuisce che occorre una svolta nella relazione.

Scriverà successivamente: ‘Mi chiedo quanto questa scena claustrofobica sia stata proiettata nella terapia inducendomi a trovare altro spazio allargando i confini del setting per cercare di includere qualcosa di potenzialmente vitale.’

Credo abbia avuto perfettamente ragione: intanto ha spostato il setting dall’area mortifera in cui sembrava agonizzare, poi ha accolto la richiesta implicita della paziente di un rapporto totalizzato offrendole più spazio, uno spazio ‘extra’, e si è reso disponibile ‘sempre’ (A. può raccontargli sogni sulla chat quando e quanto vuole e T si impegna ad ascoltarli regolarmente). Questa è una risposta possibile, che io sento terapeutica, a una richiesta impossibile, fusionale, claustrofobica e non individuante. Inoltre, T le ha messo a disposizione un linguaggio simbolico attraverso il quale A può dare parola a ciò che agiva col corpo, facendo esperienza di diverse parti di sé e T può consentirsi(?) di ‘giocare’ in terapia in modo più vitale con lei.

Per farlo, però, mi sembra abbia avuto bisogno di individuare un luogo che definisce ‘altro’, ma che altro non è... ‘scisso’ dalla realtà troppo concreta e corporea della seduta, relegando la relazione viva e vitale nella chat e lasciando ‘l’area del contenimento, del desiderio e del limite’ nella seduta reale (forse è più sicuro per T perché virtuale?). Questa scissione sembra essere la difficoltà attuale in cui si trova.

Parrebbe trattarsi di una collusione con la scissione della paziente. Perché T ha sentito la necessità di ‘scindere’ i due piani, che adesso sente la necessità di riunificare?

A me non sembrano affatto scissi, se non nel mondo interno di T: infatti T e A parlano dei sogni soprattutto in seduta. Sarebbe interessante sapere dove si collocano, come si muovono e come ne parlano. Come stanno mentre ne parlano. Chissà come A avverte il suo corpo, come si relaziona ai suoi dolori. A me sembra che il processo di integrazione stia già avvenendo nel luogo che ad esso è deputato; infatti, la produzione bulimica di sogni di A sta incontrando la realtà del tempo a disposizione di ogni seduta e ciò consente di fare una selezione rispetto ai temi da affrontare. Questo è già un valido limite alla bulimia del desiderio, senza mortificazione. Si tratta del principio di realtà che il setting consente di offrire, insieme alla costanza della presenza del T e alla sua progressiva disponibilità di un posto dentro di sé senza paure. Dal cordone ombelicale fisico a quello emotivo, relazionale.

Una situazione potenzialmente trasformativa può essere quella di ‘riabitare’ le nostre parti non da soli, ma nel presente di una relazione scelta, inedita, nuova, col proprio terapeuta.

Io chiamo ‘il setting siamo noi’, ciò che il dott. Parrella chiama ‘setting allargato’, credo.

E con quel noi intendo gli interrogativi che mi pongo innanzitutto come persona, per valutare se le modifiche del setting che sento la necessità di introdurre rispondono a bisogni del paziente o non, piuttosto, a insicurezze, paure e/o fatiche che riguardano me e che di volta in volta i pazienti mi invitano a toccare. Non smettere di prendermi cura di queste parti è ciò che considero la mia etica professionale.

Non-commercial use only

---

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 1 settembre 2021.

Accettato per la pubblicazione: 7 settembre 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

*Ricerca Psicoanalitica* 2021; XXXII:591

doi:10.4081/rp.2021.591

*This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (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 al caso clinico: *Setting ad assetto variabile.* *La chat dei sogni in psicoterapia: il caso di Adriana***

*Susanna Porcedda\**

### La chat dei sogni. Una lettura relazionale

La lettura del caso proposto dal collega Carmine Parrella è stata stimolante, e lo ringrazio. Rifletto sulla paziente inserita nella rete dei suoi rapporti, a partire dalla relazione con sé stessa e con la percezione della propria identità, e con le figure significative della sua vita, con un particolare riguardo alla relazione con il terapeuta e specificamente con la proposta che il terapeuta le ha fatto, e che la paziente ha accettato, di condividere la chat dei sogni. Sono pienamente d'accordo con il collega quando sottolinea che 'in una prospettiva relazionale il lavoro sui sogni permette alla paziente di raccontare qualcosa ma dobbiamo pensare che questo qualcosa riguarda la relazione tra la paziente e il terapeuta: io ti racconto i sogni ma questi racconti riguardano te e me'.

Adriana soffre di una forma di fibromialgia ed è tornata a vivere con i genitori con cui ha un rapporto di forte conflittualità e dipendenza. Appare evidente al terapeuta l'imprigionamento di Adriana in un circuito familiare disfunzionale: il dolore fisico come tentativo di attivazione del sistema di accudimento e la sconfirma della capacità dei genitori di dare risposte ai suoi bisogni emotivi.

Dopo un anno, il terapeuta prende atto che non si è stati capaci ancora di attivare nella paziente risorse nella direzione di costruire collegamenti possibili tra i dolori del corpo e i piani emotivi angosciosi correlati. Il terapeuta sente che deve 'fare di più', per aiutare la paziente e per aiutare sé stesso. Sono d'accordo con il collega quando osserva che questa idea non sia stata il frutto della sua mente isolata, ma che anche la paziente abbia giocato la

---

\*Psicologa e psicoanalista della Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione (SIPRe) e dell'IFPS. Supervisore presso la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia ad indirizzo Psicoanalisi della Relazione della SIPRe (Istituto di Roma).  
E-mail: susanna.porcedda@gmail.com

sua parte, sia pur in modo inconsapevole ed implicito.

Proponendo la chat dei sogni, viene offerto alla paziente uno spazio esclusivo di ascolto extra sedute. La paziente accetta con entusiasmo, ed ecco il primo sogno, apocalittico. Sta per andare via la luce e l'ossigeno. Si cerca di sopravvivere muovendosi sul treno. Come prima suggestione sarei portata a pensare che la proposta della chat abbia sottratto la paziente all'immobilismo; si attiva la percezione della necessità del muoversi, come antidoto all'apocalisse, intesa nel senso di riproposizione della sua immobilità interiore mortifera e dolorosa. Nel secondo sogno si trova sui treni o sui pullman ma è totalmente disorientata e si perde. La casa dei sogni è quella dell'infanzia: 'si stava meglio là, in campagna senza vicini che ti guastano l'esistenza, senza cani che ti svegliano tutti i giorni'. Mantenendo lo sguardo sulla relazione terapeutica, forse questo sogno segnala il lavoro psichico che la paziente deve fare per inserire nel proprio vissuto la novità della chat. Adriana presa dal timore di non sapersi orientare in questo spazio esclusivo a frequenza quotidiana. Uno spazio esclusivo tanto desiderato ma col quale non ha al momento nessuna familiarità. La paziente ha sempre avuto una percezione di sé 'miserabile', non amata, non importante. Non è abituata all'idea di contare qualcosa per qualcuno. L'ideale per lei rimane stare isolati 'in campagna senza vicini che ti guastano l'esistenza', come se la vicinanza del terapeuta, sottraendola all'aridità delle sue ruminazioni, fosse dalla paziente percepita (anche) come essere 'disturbati' da una vicinanza che non ti lascia in pace, che non ti lascia libera di rimanere immobile nella proiezione e nel risentimento. In questi primi sogni apocalittici il terapeuta coglie il dramma della perdita del suo mondo (una carriera nel mondo dello spettacolo) a seguito della nascita della figlia e soprattutto del tradimento del compagno. Certamente Adriana aveva già sperimentato nella sua vita perdite e abbandoni, ben prima della musica e degli spettacoli. È stata una figlia non voluta dalla madre, ed anche il padre, con cui sono pur presenti ricordi dell'infanzia legati al gioco, appare una figura scolorita; non sembrano esserci stati scambi significativi, a parte il gioco. Nel sogno dell'apocalisse la paziente descrive una matrice relazionale traumatica, l'esperienza della sua famiglia mortifera, senza ossigeno, senza luce. Nel treno un movimento, ma ancora non vitale. E a seguire perde il treno, non è orientata: sembra stia descrivendo l'esito della sua storia sgangherata.

Lo spazio della chat che il terapeuta ha offerto alla paziente assomiglia verosimilmente allo spazio che la paziente ha sempre desiderato, uno spazio privato dedicato a lei in modo esclusivo. Il riproporsi della casa dell'infanzia fa pensare però che la paziente non concepisca al momento la possibilità di salvarsi da sola. Pretende che vengano salvati/trasformati anche i suoi genitori. Sembra in questo imprigionata in una dinamica terribile, una dinamica rivendicativa nella quale i genitori appaiono 'schiavizzati' nel desiderio della paziente. I genitori mantengono il loro punto di vista, non si 'arren-

dono' alle richieste di sintonizzazione della paziente. Le trovano un lavoro, la pensano adulta e capace di provvedere a sé stessa. Possiamo pensare che, modificando il setting e offrendo lo spazio della chat, il terapeuta abbia, invece, fatto una resa. Non ha scaricato sulla paziente la responsabilità dell'immobilismo, della paralisi. A un livello implicito il terapeuta non si è impuntato, ha pensato: 'mi devo fermare e fare qualcosa di diverso'. Ha ritenuto di essere parte del problema, e che occorresse cambiare qualcosa 'nella' relazione. La paziente non aveva conosciuto qualcuno che si proponesse a lei con questa modalità relazionale. Per Adriana, stare di fronte a qualcuno che si è arreso a lei potrebbe essere stata una esperienza (anche) perturbante, una forte scossa tellurica alle fondamenta delle sue certezze consolidate. L'apocalisse in un'altra accezione, magari più umanizzata.

Nel sogno ambientato all'interno della casa dei genitori, in una stanzetta piccola e buia, compaiono sentimenti più positivi, in controtendenza. È felice e soddisfatta di uno spazio angusto dove però lei ha potuto creare un piccolo nucleo al riparo. Può cominciare a pensare a sé stessa come a qualcuno a cui può essere offerto qualcosa di buono (la chat)? Quindi non solo abbandonata e miserabile? Ma soprattutto, può pensare a sé stessa come a qualcuno che ha la capacità, e il diritto, di accettare quel dono, di abitare quello spazio? Arriva l'eco di rappresentazioni potenzialmente trasformative che proprio per questo riattivano paure profonde. Quando Adriana sogna i suoi terapeuti, infatti, vengono messi in primo piano aspetti problematici e conflittuali relativi al rapporto con la terapia e con l'esperienza della chat. La paziente ripropone la propria dimensione identitaria di figlia non voluta, qualcuno a cui è stata fatta una promessa ingannevole di visibilità e successo. La paziente abita questo spazio messo a disposizione oscillando tra il desiderio di sentirsi riconosciuta come una Star e il timore di trovarsi riconfermata nella identità di bambina senza madre, di miserabile. L'esperienza clinica ci rende consapevoli di quanto possa essere difficile intervenire in seduta, per aiutare un paziente a cogliersi riflessivamente in questa oscillazione. Ma ritengo comunque che possa e forse debba, essere la direzione.

A testimonianza di una progressione che sembra avvenire apparentemente senza una consapevole ed esplicita attività autoriflessiva da parte della paziente, arriva il sogno del regalo di Natale. È presente in questo sogno un importante elemento di novità, ci si accorge che c'è un bambino a cui fare un dono. È una scena che evidenzia la complessità del funzionamento strutturale della paziente. Perché fiocco di Natale, se non è Natale? Il terapeuta, proponendomi la chat, mi ha fatto credere che sarà sempre Natale? Io vorrei che fosse sempre Natale? Adriana teme la fregatura, rappresentata dal persecutorio materno: è meglio rinunciare a qualunque regalo, dato che non potrà essere sempre Natale. Sente di doversi mantenere allenata a non aspettarsi nulla, sempre pronta al peggio. La dimensione eccitatoria ('deve essere sempre Natale per me') possiamo leggerla come

contromisura per controbilanciare le fantasie di angoscia persecutoria ('non ci sono doni per me, né a Natale né mai').

Nel rapportarsi alla chat come spazio esclusivo e di riconoscimento messo a disposizione, Adriana ha mostrato quelli che potremmo definire gli elementi organizzatori che costituiscono l'ossatura del suo funzionamento nucleare. La convinzione radicata di essere stata ingiustamente deprivata, e di non contare nulla per nessuno intorno alla quale la paziente ha costruito le sue difese, anch'esse nella forma di convinzioni altrettanto radicate: per stare bene devo essere risarcita e quindi avere tutto, devo essere la Star. Ciò che c'è di buono, se non sono applausi, lo squalifico e non me ne nutro. Visualizzo in questi termini l'incastro nella sofferenza della paziente. Nella realtà del processo terapeutico, Adriana ha accettato con entusiasmo di abitare la chat. L'aspetto che mi ha particolarmente interessato e incuriosito, e che ha stimolato le mie riflessioni, riguarda il travaglio psichico che Adriana si è trovata a dover affrontare, per poter abitare quello spazio. Un travaglio per riuscire a far diventare familiare qualcosa di così lontano e diverso da ciò che ha sempre sentito familiare. Ritengo che in questo travaglio possa essere colto qualcosa del funzionamento nucleare della paziente.

---

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 10 settembre 2021.

Accettato per la pubblicazione: 14 settembre 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:593

doi:10.4081/rp.2021.593

*This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (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 al caso clinico: *Setting ad assetto variabile.* *La chat dei sogni in psicoterapia: il caso di Adriana***

*Gianfranco Bruschi\**

L'incontro in terapia, come tutti gli incontri, è l'inizio di una nuova storia e una storia si descrive e si disvela nel tempo e nello spazio di una relazione, secondo una direzione che, contemporaneamente, ne esclude altre. È quello che l'autore del caso clinico presentato ci dice, raccontando come vede e sente la presenza e il manifestarsi della persona in terapia, con una sensibilità che rimanda all'estetico, nel senso della sensibilità al rapporto che si crea nell'incontro con l'altro. Tale descrizione non può che sollecitare in me un altro incontro, quello che costruisco nella mia mente, immaginando l'autore, persona-terapeuta e la persona-paziente, nel loro interagire, lasciando emergere così un insieme di sensazioni, immagini, emozioni e pensieri che dischiudono il mio incontro estetico con questa storia.

I particolari della descrizione riportata iniziano ad intrecciarsi nel presente dell'osservazione dell'autore: il corpo, il volto (confinato all'espressività degli occhi, della fronte, dei respiri, come oggi da qualche tempo siamo costretti a fare, nella prossimità della relazione di aiuto non mediata), le movenze ed i gesti, ma soprattutto ciò che non si vede e che siamo costretti ad immaginare, che il terapeuta stesso, autore dello scritto in questione, raccoglie come un significante fondamentale dello scambio relazionale tra madre e figlio, il sorriso. È quel sorridere, come succederà poi in ogni relazione, che a guisa di frattale riproduce in un'infinità di posizioni la stessa dinamica che dà luogo a diverse percezioni, che divengono forme nel nostro apprendere e quindi nella nostra descrizione. Forme quasi indistinguibili all'inizio, che si definiscono via via che il processo relazionale si disvela.

Così succede in terapia e anche in questo percorso psicoterapico, dove l'autore riporta il suo procedere per ipotesi sulla base delle osservazioni e

---

\*Psicologo psicoterapeuta Azienda USL di Parma, docente di Psicologia Clinica Corso di Laurea in Infermieristica Università degli Studi di Parma, docente Scuola di Specializzazione in Psicoterapia sistemico relazionale IDIPSI di Parma.  
E-mail: gianfranco.bruschi@gmail.com

delle interazioni che a mano a mano si costruiscono nelle varie sedute. E mi ritrovo a pensare come tante volte mi sono sentito anch'io limitato dal non vedere il sorriso, sviluppando una sorta di nuova sensibilità allo sguardo e alle espressioni del corpo nel suo respirare bendato.

L'ipotesi del funzionamento psichico della paziente, così come descritta dall'autore, rimanda a quello che posso vedere della relazione terapeuta-paziente, come lo stesso autore riconosce in una prospettiva relazionale ('io ti racconto i sogni ma questi racconti riguardano te e me'): ambedue si ritrovano nel gioco relazionale vissuto ed appreso dalla paziente, un gioco in cui lei oscilla tra l'esperienza 'fusionale' del rapporto col padre, 'eccitatoria' e creativa, e quella 'simbiotica' della relazione con la madre, in conflitto, dolorante e depressiva.

Il lavoro descritto parla infatti della costruzione di uno spazio e di un tempo relazionale dove il terapeuta cerca di vestire le parti paterne del desiderio e quelle materne del limite, aiutando la paziente a stare nel presente della relazione con i suoi limiti che possono essere accettati, e quindi attraversati, senza il dolore che il corpo di Adriana vive proprio in virtù dell'essere non vista, non sostenuta, anzi chiusa e senza forze nelle sue potenzialità.

Vista e sostenuta come si era sentita invece anche con il compagno, a quanto viene riportato. Poi però Adriana, dopo l'interruzione della relazione con il padre di sua figlia, è costretta a rientrare in casa sotto le ali protettrici materne, che però appaiono come le ali ruvide e fredde di una madre che pare non aver conosciuto affetto e calore. E anche Adriana si trova in questa condizione, non essendo ancora donna-madre, ma ragazza-madre, a replicare ancora una volta, come una sorta di mimesi socio-affettiva, la transazione tra una mamma che non voleva esserlo e una figlia che non è vista quindi dalla sua stessa madre.

La descrizione fatta dall'autore mi rimanda, a differenza di quello che sembra succedere con la madre della paziente, il tentativo di rispondere all'attivazione del sistema di accudimento attraverso il dolore fisico, con la costruzione di uno spazio complesso, dove si susseguono esperienze sul versante eccitatorio e creativo, che coesistono in dialogo con altre parti in cui si negoziano significati dolorosi di contatto ed accettazione della realtà.

Relazione terapeutica come spazio dove integrare l'area del desiderio con quella della realtà e dei suoi limiti. Nel gioco tra sogni e realtà del setting terapeutico, si ricostruisce così un contesto in cui Adriana ha la possibilità di sperimentare ambedue i versanti e cercare di realizzare desideri che siano realistici, senza inseguire una guarigione 'magica' della realizzazione del desiderato, ma accettando di vivere la delusione ed il dolore di una revisione della sua vita nel setting terapeutico.

Essere in relazione è caratteristico della nostra dimensione umana, come anche di altri 'soggetti ecologici' come dice Morin (2009), e può essere visto

come il motore, e quindi transizione, di esperienze che viviamo e che rimangono scritte nelle nostre memorie attraverso lo sperimentare di emozioni. Così l'apprendere diventa forma di esperienza, che siamo capaci di replicare e riconoscere, talvolta, e con il procedere del vivere sempre di più anche di descrivere. L'apprendimento assume così una forma che diviene 'tecnica', nel senso di strategia utile, quindi dipendenza (nel senso umano e usuale del termine) da una pratica imparata, che diviene appartenenza ad un repertorio di azioni e relazioni conosciute. Il bisogno e il desiderio di realizzazione ed autonomia, non può essere indipendenza, a costo di negare la stessa appartenenza, che è il nostro essere attraverso la relazione. Fin dai primi respiri impariamo accostando analogicamente le esperienze e diamo loro una forma di senso che ci aiuta a ritrovare sicurezza come succede con un suono conosciuto. Così immagino il lavoro del terapeuta che viene riportato nello scritto in oggetto. Desiderio come forma di ideazione di qualcosa che non possiamo mai raggiungere se non attraverso un apprendimento della realtà con la quale siamo in relazione, che vuol dire anche distaccarsi da ciò a cui si è attaccati e da cui si è dipendenti. Staccarsi dal desiderio, quindi, per trovare la via percorribile attraverso la relazione da cui si dipende-a cui si appartiene, ma anche da cui ci si può separare per costruire nuove libere attribuzioni di senso e azioni, che si tendono e si ricombinano nella rete dei nostri significati emotivi.

Nella relazione terapeutica di cui parliamo, aggiungo anche me stesso e mi chiedo cosa connette me con il terapeuta e con la paziente e con essi anche tutto il loro mondo abitato di relazioni...

Sarebbe forse un lavoro infinito quello che mi aspetterebbe nel descrivere tutto questo insieme di connessioni, per cui devo darmi un limite. 'Il nostro corpo è la terra che abitiamo' mi è capitato di ascoltare in un qualche convegno di cui ora non ricordo il titolo. Quindi cerco di riflettere su quello che il territorio del mio corpo, inteso come sensazioni, emozioni, pensieri, mi rimanda e tento di costruire una mappa di quello che il racconto fatto dal terapeuta sul caso vissuto (nella sua relazione terapeutica con Adriana), può voler significare in rapporto con la mia esperienza di transazione con una parte desiderante ed una depressiva.

Io stesso mi trovo ad immaginare come poter dialogare con una parte di me che insegue l'ideale e il desiderio ed un'altra che fa i conti con le possibilità e con i limiti del reale. Cosa succederebbe se quella parte si potesse materializzare e le si potesse parlare, ricostruendo il senso di un desiderare che ritrovo in Adriana e nel terapeuta (il desiderio di creare ed esprimere sé stessi, quello di ascoltare e rivedere creativamente ciò che emerge in una maniera nuova e quindi liberante)? E se si potesse parlare con la parte limitante della realtà di dolore, che è stata vissuta e forse non compresa da Adriana, ma anche da sua madre, e anche dal terapeuta e da me? Possiamo immaginare di stare là dove non è affatto comodo stare, in

coesistenza con il dolore reale vissuto e il desiderio ideale, ma anche con il desiderio realizzato, nel dolore e nella libertà di scelte che sono state fatte che erano le sole che in quel momento era possibile fare?

Con tali domande mi sovviene come una vertigine, quella sensazione di non controllo e di paura di non essere capaci di stare, davanti alla quale si vorrebbe fuggire, ma che può essere affrontata nel setting terapeutico, che con la sua variabilità permette, come nel caso presentato, un dialogo di intreccio tra esperienza e possibilità con le diverse parti del sé delle persone coinvolte.

#### BIBLIOGRAFIA

Manghi, S. (2009). *Il soggetto ecologico di Edgar Morin*. Trento: Edizioni Erickson.

---

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 28 agosto 2021.

Accettato per la pubblicazione: 7 settembre 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

*Ricerca Psicoanalitica* 2021; XXXII:590

doi:10.4081/rp.2021.590

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

**Replica ai commenti sul caso clinico:  
*Setting ad assetto variabile. La chat dei sogni in psicoterapia:  
il caso di Adriana***

Carmine Parrella\*

Ringrazio innanzi tutto i colleghi per il contributo offerto dalle loro preziose riflessioni. La realtà di un processo terapeutico è per sua natura multidimensionale, sfaccettata e per molti versi drammaticamente ‘incoerente’ nel suo fluire caotico di elementi, tanto carichi affettivamente, quanto orfani di una loro collocazione e di un significato dentro una narrazione condivisa. Ogni contributo, nella sua originale prospettiva è una occasione e una possibilità per ‘governare’ questa complessità.

La terapia stessa è un sognare insieme, nutrito a sua volta dai sogni del terapeuta e del paziente, in un tentativo paradossale di usare i sogni per ‘destarsi’ da essi.

Le osservazioni dei colleghi mi invitano a riflettere non tanto sulla tecnica o sull’ampliamento della ‘cassetta degli attrezzi’ per le situazioni di impasse, quanto sul significato transferale e controtransferale di quella scelta.

La possibilità che la chat dei sogni possa sbloccare qualcosa nella relazione terapeutica sta nelle operazioni interne che produce, non tanto in virtù della sua specificità e quindi della sua replicabilità tecnica, quanto come conseguenza del cambiamento di senso che provoca nel paradigma relazionale tra terapeuta e paziente. In questa prospettiva la *chat dei sogni* è una operazione a due facce, da un lato contiene una spinta evolutiva, dall’altra può essere utilizzata inconsapevolmente in senso difensivo e regressivo dalla coppia terapeuta paziente bloccando le stesse risorse che intenderebbe attivare.

Sento come molto appropriate le osservazioni che l’allargamento del setting siano state un mio ‘disperato’ tentativo di sfuggire, non ad un’impasse della terapia, ma a ciò che ha prodotto l’impasse. L’allargamento del setting può essere visto come una reazione, un ‘agito’ a una angoscia paralizzante

---

\*Psicologo e Psicoterapeuta presso Centro di Salute Mentale ASL Toscana Nord Ovest zona di Lucca e socio SIPRe. E-mail: carmine.parrella@uslnordovest.toscana.it

‘mortifera’, pericolosa, rischiosa e intollerabile. La *chat dei sogni* diventa prima che un espediente tecnico, una risposta a un evento emotivo dentro il terapeuta. Il rischio con cui fare i conti è quello della demotivazione del terapeuta, l’abbandono dell’investimento sulla terapia, il considerare il caso incurabile e non trattabile per arrivare poi a replicare la scena traumatica e cioè quella dell’abbandono. Le osservazioni dei colleghi mi danno una serie di elementi, che non voglio analizzare uno per uno ma cogliere nella loro gestalt complessiva, e che tutti insieme, come in una sorta di supervisione a distanza, mi fanno pensare che Adriana non mi parli della sua parte sofferente ma la ‘agisca’ nella relazione con me. Adriana non mi parla della sua apocalisse, questo è un racconto/copione che conosce molto bene, semplicemente me la fa rivivere. È come se Adriana mi dicesse, ‘ecco adesso che anche tu sei in un deserto insieme a me, adesso che ti ho reso impotente come gli altri hanno fatto con me che fai... che ne farai di me... che ne farai di noi?’. Sarai come il papà di peluche dove io posso prendere un po’ di calore per poi essere nuovamente abbandonata alla freddezza della mamma di fil di ferro?’ È così che la parte sofferente ‘preverbale’, ‘prenatale’ di figlia non voluta o parzialmente voluta solo come ‘merce di scambio’ tra i genitori si materializza. Ed è la difficoltà a riorganizzare il mio spazio psichico per contenere questa angoscia e questa richiesta a cui è impossibile rispondere e rispetto alla quale qualsiasi risposta diretta sarebbe inefficace a spingermi nella direzione di una risposta ‘scissa’, di proporre cioè uno spazio altro dalla seduta dove poter mettere, non i contenuti che non emergono dal setting (dal setting, infatti, sembra emergere proprio tutto) ma dove poter collocare la mia/nostra impotenza. In questo senso la risposta della *chat dei sogni* appare come una sorta di scissione creativa, una modalità psichica ‘pre-integrata’ che permette agli elementi scissi provenienti dalla relazione e proiettati in maniera caotica, di essere ‘raccolti’, ‘contenuti’, ‘parcheggiati’ e di essere tollerati come precondizione per poter essere poi riportati nuovamente in seduta. Proprio mentre scrivo queste righe e rivedo i contributi dei colleghi, mi viene in mente che una nuova posizione possibile nei confronti della bambina deprivata che Adriana mi pone, non è né quella consolatoria fusionale del padre, né quella del ‘riparatore’ della madre e né quella del terapeuta che l’aiuta a mediare tra mondo del desiderio e mondo della realtà quanto quella dell’amico immaginario che le è mancato quando sperimentava un senso di terribile solitudine e di vuoto. Una delle possibili chiavi di lettura del processo e dei fattori di cura può essere la possibilità di costruire una esperienza ‘riparatoria’ dove Adriana possa fare nello stesso tempo l’esperienza del vuoto e la presenza di qualcuno accanto a lei. Lei desidera essere vista mentre affronta il vuoto. Il non essere vista l’ha spinta verso soluzioni compensative di seduzione di oggetti onnipotenti da inserire nel suo vuoto. Ciò ha bloccato/condizionato l’attivazione delle sue risorse simboliche interne. Perché, l’esperienza terapeutica

riparativa si materializzi e sia ‘psichicamente’ reale e autentica, il terapeuta stesso deve fare esperienza di quella condizione di vuoto senza esserne annientato per poter introdurre nella terapia elementi utili a ‘sognare’ insieme qualcosa di nuovo e di vitale.

---

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 5 novembre 2021.

Accettato per la pubblicazione: 8 novembre 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

*Ricerca Psicoanalitica* 2021; XXXII:600

doi:10.4081/rp.2021.600

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



Maria Zirilli\*

## Il processo della supervisione psicoanalitica. Apprendere la psicoanalisi o sperimentarla?

di Maria Luisa Tricoli  
GIOVANNI FIORITI EDITORE, 2018

Non v'è procedura più difficile che insegnare la psicoanalisi senza il rischio di incorrere nel riduzionismo. E non v'è mestiere più *impossibile* del supervisore, senza incorrere nel rischio del paternalismo. La specificità della tecnica del *'lavorare con le persone, per le persone, restando persone'* obbliga a scegliere, costantemente, tra la tentazione di lasciarsi andare ad attitudini autoritarie e la capacità di accettare, da entrambe le parti (dello psicoanalista e del paziente/cliente) la sfida che raccontare e riflettere sulla interazione specialissima, insita nella pratica tra questi due esseri umani, comporta. Ed è forse proprio a causa di questa difficoltà (ma non solo) che la psicoanalisi, negli anni, ha ripetutamente tradito se stessa, trasformandosi di conseguenza, nei contenuti e nei fatti, da evento trasgressivo e di 'rottura' delle istituzioni, sia terapeutiche che di pensiero, in una istituzione essa stessa, rigida ed aristocratica.

La 'prova' di siffatti tradimenti è in buona parte costituita dal suo essersi organizzata in Istituzione, ovvero il passaggio da Pensiero a Stato. La nascita degli Istituti, con la loro pluralità ne segna la trasformazione. Gli Istituti, per loro intrinseca natura sono fondati sull'*'appartenenza'*, e sulla *'affiliazione'*. Appartenenza ad una 'forma' (la procedura psicoanalitica) e condivisione, non di rado acritica, dei contenuti così come formulati dai Padri Fondatori, Freud incluso. Vedasi p.es. le procedure di ammissione: cos'altro sono se non puri e semplici riti: numero minimo di sedute, appartenenza del didatta alla scuola, distinzione tra analisi personale ed analisi didattica (quasi fosse possibile)... E il rito, come noto, ad altro non serve che a sancire, fissare, stabilire... il Potere.

Avendo letto il libro, mi piace credere che la spinta a scriverlo sia stata per

---

\*Scuola di Psicoterapia Conversazionale, Parma. E-mail: mariazirilli4747@gmail.com

M. L. Tricoli, esattamente il contrario, ovvero il desiderio di ‘mantenere’ alla psicoanalisi il suo carattere di novità, alimentando vitalità e freschezza.

La ‘rottura’ ha inizio con il titolo (*Il Processo della Supervisione Psicoanalitica*) o, meglio, con i sottotitoli (*Apprendere la psicoanalisi o sperimentarla?*). Se il termine ‘processo’ allude ad una sequenza, rigida, di fatti ed in una qualche misura corrisponde ad ‘*apprendere*’ ‘*prendere qualcosa da qualcuno*’; sperimentare contraddice la sequenza e la disperde. Un po’ come se l’Autrice, accolta la propria disidentità, nel mentre che autorizza sé stessa ad ‘asserire’, contemporaneamente insinuasse la possibilità opposta del ‘criticare’. Una attitudine al dubbio, tipica del ricercatore, che si ripropone, puntualmente all’inizio dei capitoli, tutti preceduti, contemporaneamente, da un titolo e da un sottotitolo che, inaspettatamente destabilizza. Tra tutti uno, poetico: Capitolo 4, dal titolo ‘*Vivere il processo candidato/paziente*’,

Sottotitolo:

*C'è una certa ora-come un peso buttato via?  
quando in noi l'arroganza è domata  
un'ora di apprendistato, in ogni esistenza  
trionfalmente ineluttabile...  
Ora dell'apprendistato! Ma un'altra luce  
ci si fa vedere e conoscere-appena accesa l'Aurora.  
Te benedetta, ora suprema della solitudine  
che passo passo la segui!  
(Marina I. Cvetaeva)*

È nota, a chi insegna psicoanalisi, quanta e quale sia la *paura* che gli allievi maggiormente dotati sentono, e in parte trasmettono al loro mentore, allorché arrivano, dopo anni di studio teorico, sulle soglie del ‘fare’. E ‘*fare da soli*’. Un senso di angoscia che tocca solo ai migliori di loro, ai più sensibili, ai più dotati di empatia. Fare il supervisore implica un ossimoro. Se è vero che nel ‘*qui ed ora*’ della relazione medico-paziente ci sono soltanto due Soggetti, è altrettanto vero che la stanza di terapia, ospita una folla. Personaggi, storie, ricordi sia dell’uno che dell’altro, si mescolano e dialogano liberamente, soggetti a spinte sostanzialmente ignote, vera e propria Torre di Babele, con una sola ‘*via d’uscita*’: la ricerca, congiunta, del paziente e dell’analista, di un nuovo modo di raccontarsi (percepire, essere) e di raccontare (agire nel mondo). Fare il supervisore, essere ‘*terzo del terzo*’ implica, contemporaneamente, sia partecipazione (emotiva oltreché simbolica) che *distanza*.

È in questa sottolineatura della necessità di mantenere viva l’emotività (la curiosità, l’interesse, la disponibilità al cambiamento di sé stesso) intanto che si osserva (e si pensa), che risiede l’originalità del libro. Essere terzo implica un sapere ‘entrare’ e, contemporaneamente ‘uscire’ dallo specchio (Jaque Lacan). E per farlo, accanto al ‘sapere’ e al ‘*saper essere*’, si ha biso-

gno di uno specchio. E non di uno specchio qualsiasi. Bensì dello ‘specchio parlante’, quello della strega di Biancaneve. Specchio quanto mai arduo e necessario. Per la sua obiettività, per il suo rigore, per la sua cattiveria, se necessaria.

Una posizione difficile che rende conto, tra l’altro del perché, come fortemente sostenuto da M. L. Tricoli, gli anziani, i supervisori, per non andare in frantumi per mano degli allievi e, specialmente dei pazienti, debbano mantenere costantemente il confronto e il dialogo col mondo delle idee, e naturalmente, con la *societas*, la cultura del momento, in tutte le sue articolazioni, ovvero sia con le altre branche della Medicina (prima fra tutte le Neuroscienze) e della Società (*habitat, civitas*).

M. L. Tricoli, nel suo libro lo fa costantemente, in controluce. Il libro, infatti, costruito come un manuale, (di cui si consiglia fortemente lo studio), in realtà è una sceneggiatura, una pièce autenticamente drammatica, nella quale M. L. Tricoli ha trasfuso conoscenza e dubbio, statuità e movimento.

Tant’è che sono costanti almeno due livelli di introiezione/lettura, sia sul piano strutturale (titolo e sottotitolo e/o premessa poetica ai vari capitoli) che sul piano più sostanziale, dei contenuti, esattamente corrispondenti alla storia classica del pensiero psicoanalitico ma anche puntualmente attraversati, tutti, dalla passione che connota l’autrice, per la ricerca di orizzonti, emotivi e simbolici, e saperi sempre nuovi.

Di tutto questo Tricoli è ben consapevole, tant’è che fin dai primi capitoli affronta il tema della trasmissione dei saperi all’interno degli Istituti:

*‘La formazione dovrebbe avere come compito basilare quello di suscitare il gusto per una tensione costante verso un ampliamento del sapere su di sé e sul proprio essere nel mondo’.*

Dopo avere ripercorso, in chiave critica la storia del pensiero psicoanalitico, al riguardo approda senza remore al cuore del problema.

Oggi, nonostante gli sforzi di tanti (e tra i tanti di Kernberg cui si associa) la psicoanalisi non prevede una ‘Teoria della tecnica’ soddisfacente. ‘La maggiore sfida attuale che riguarda non solo la supervisione, ma tutta la psicoanalisi odierna, è determinare quale ‘comune teoria della tecnica’ (*common theory of technique*) possa fornire agli studenti un solido terreno su cui muoversi (Kernberg 2010), una sfida ancora aperta nonostante i tentativi di trovare un *common ground* (Wellenstein 1990) tra Psicologia dell’Io, Kleiniani, Teoria della Relazione d’Oggetto e Relational track, che oggi va aggiunto ai tre precedenti poiché: ‘la concezione costruttivista tipica della prospettiva relazionale, allorché ipotizza l’esistenza di una ‘matrice relazionale’ (costituita dalla relazione tra didatta e candidato) supera, de facto, l’ipotesi positivista della trasmissione di saperi precostituiti a favore di una co-costruzione del tutto nuova, ogni volta’ (M. L. Tricoli, 2018), Da qui, la difficoltà di rappresentarla a sé stessi che di tradurla in una descrizione’.

L'Autrice lo fa, con decisione e con umiltà. Con umiltà quando si adopera, sempre in prima battuta, a rappresentare le ipotesi che l'hanno preceduta (in un excursus minuzioso ed esaustivo) per introdurre subito dopo, e in chiusura, l'ipotesi relazionale (la sua) e le relative 'dimostrazioni' (casi clinici). Il valore del libro risiede appunto in questo, nell'aver saputo rappresentare un travaglio (quello proprio dell'Autrice) costantemente oscillante tra un 'sapere' consolidato e appreso, e la novità del paziente e del suo portavoce (l'allievo).

Personalmente, ho trovato magistrale la questione, per me più spinosa e difficile pagg. 117 e segg. paragrafo 2.3 relativa alla Diagnosi: non solo perché, la trattazione pur essendo dotta e completa risulta fluida ed accessibile, ma anche, e soprattutto, per il fatto che affronta con determinazione la questione 'se la psicoanalisi sia o meno scienza', e lo segnala in apertura, apponendo un sottotitolo al paragrafo: *'la capacità di comprendere prima di vedere, è il cuore del pensiero scientifico'*.

Un po' come dire che la questione è mal posta, poiché *'fare psicoanalisi'* è di per sé stesso una procedura scientifica che si dipana dalla intuizione alla Parola e al Simbolo.

---

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 2 settembre 2021.

Accettato per la pubblicazione: 7 settembre 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:592

doi:10.4081/rp.2021.592

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

Ilaria Giannoni\*

## Commento al film ‘Perfetti sconosciuti’

di Paolo Genovese, 2016

MEDUSA FILM

Commentare un film credo sia un lavoro complesso, perché nello sguardo di ognuno di noi vi è qualcosa di personale e soggettivo, per cui lo stesso film può essere letto in modo diverso.

*Perfetti sconosciuti* è un film di qualche anno fa, precisamente del 2016, che ho deciso di commentare quando mi è stato chiesto di scegliere un film perché è il primo a cui ho pensato, che mi ha particolarmente colpita, forse per il coinvolgimento emotivo che ho vissuto guardandolo tra il divertente e il tragico, forse perché tutto il film si svolge in un'unica ambientazione (l'abitazione di due dei protagonisti), senza mai uscirne (tranne nella scena finale), non risultando per questo noioso, ma anzi coinvolgendo lo spettatore. *Perfetti sconosciuti* racconta la storia di una cena, una cena apparentemente tranquilla e rilassata tra amici storici. I proprietari della casa sono una coppia (che scopriremo essere) in crisi: Eva, psicoanalista appunto, e Rocco, chirurgo estetico. Gli invitati invece sono i novelli sposi Cosimo e Bianca, i coniugi Lele e Carlotta e Peppe, insegnante di educazione fisica sovrappeso e disoccupato. Da sempre single, Peppe si è fidanzato di recente con Lucilla, che però non è presente alla cena per colpa di un'influenza.

Eva suggerisce di fare un gioco: ognuno dei commensali dovrà mettere il proprio cellulare sul tavolo e ogni chiamata o messaggio che arriva dovranno essere condivisi con gli altri. Accettano tutti, ma ben presto ci accorgiamo che ognuno di loro, o quasi, ha un segreto che non ha confessato a nessuno, tantomeno ai propri amici più cari.

Viene a galla una serie di verità che rischiano di distruggere le varie coppie: Rocco è in analisi all'insaputa della moglie psicoanalista, Carlotta e Lele hanno altre relazioni virtuali. Bianca ha contatti (solo amichevoli) con

---

\*Psicologa-Psicoterapeuta, Socia SIPRe, Membro Area Adolescenza SIPRe Parma.  
E-mail: giannoni.ilaria@libero.it

il suo ex e Cosimo nasconde due relazioni extraconiugali, una con la collega Marika e l'altra proprio con Eva. In più, gli uomini organizzano partite di calcetto senza avvisare Peppe.

In realtà, anche Peppe ha mentito: la sua fidanzata è un lui e non si chiama Lucilla, ma Lucio. Questa rivelazione scatenerà reazioni di rabbia e stupore proprio da parte degli amici più stretti, che reagiscono ai limiti dell'omofobia. Bianca scopre che suo marito le è infedele e tutti vengono a conoscenza del fatto che Carlotta non indossa le mutande per compiacere il suo amante online, ma che soprattutto anni prima ha investito un uomo e suo marito si è addossato la colpa.

Bianca, dopo lo shock di Cosimo e dopo essersi chiusa in bagno a vomitare, riappare per comunicare di essere incinta. Si toglie la fede, saluta Peppe, l'unica persona che considera vera, e lascia per sempre Cosimo.

Alla fine del film e della cena, quando Rocco ed Eva sono in camera da letto, scopriamo che in realtà il gioco non è mai avvenuto grazie a Rocco, che ha insistito per evitare di farlo. Scopriamo quindi a ritroso che tutto quello che abbiamo visto è uno *Sliding Doors*, un flusso di realtà alterata da un gioco apparentemente innocente, ma che avrebbe distrutto amicizie e relazioni sentimentali.

Alla domanda di Eva a Rocco sul perché non abbia accettato di giocare (e a questo punto scopriamo che a proporlo è stata proprio colei che si sentiva più al sicuro, perché il suo amante era seduto alla sua stessa tavola e non avrebbe mai potuto contattarla), il marito le risponde con una riflessione esistenziale: *Siamo tutti frangibili, chi più chi meno*.

Non essendosi verificato il gioco e, di conseguenza, non essendo emersa alcuna rivelazione, ognuno torna alla propria vita e alle proprie verità nascoste.

Gli spunti di riflessione e le letture che possono essere date guardando il film sono sicuramente numerosi.

L'essere umano è frangibile, è troppo fragile per addentrarsi nella 'scatola nera' del proprio vicino, del proprio migliore amico, della persona con cui condivide la vita.

Questa è la conclusione a cui sembra arrivare un amaro e rassegnato Rocco, che ha insistito per evitare il gioco che avrebbe avuto l'impatto di una violenta detonazione sul gruppo e sulle coppie: di fronte a un bivio, Rocco ha preferito lasciare le cose nel loro (dis)equilibrio.

Il finale del regista sembra alludere alla possibilità che Rocco in realtà sia un narratore onnisciente, che sappia tutto, che sia consapevole di ogni cosa (incluso il tradimento di Eva). Proprio per questo il chirurgo potrebbe aver scelto la strada della protezione dalla verità, o meglio da quella parte un po' oscura con cui ognuno di noi convive e che viene da tempo incanalata in quella che qualcuno ormai considera una protesi tech del braccio e della mano: il proprio cellulare.

Mi è sembrato importante raccontare la trama in modo abbastanza dettagliato perché è nel dettaglio di una scena che si svolge quasi per intero

all'interno di quattro mura domestiche che possiamo cogliere le diverse letture che possono essere date al film.

Tra i vari possibili sguardi vorrei soffermarmi anche su quello che forse sento più vicino vista la mia formazione e cioè la questione delle relazioni umane, dell'onestà che ogni essere umano mette in una relazione, che non è soltanto un'onestà che ha a che vedere con la sincerità, la fedeltà, ma è quella che io chiamo onestà intellettuale e che considero uno dei pilastri di ogni relazione umana.

Un'onestà intellettuale che permette di scoprire, conoscere e raccontare a sé stessi la propria 'verità' e così poter arrivare a condividerla anche con l'altro.

La costruzione di una relazione è un processo che coinvolge tutti gli attori in gioco. I protagonisti del film, seppur avessero alle spalle anni di conoscenza, attraverso relazioni e legami stabili, scoprono attraverso un terzo, i loro smartphone, di non conoscersi così a fondo. Ma è proprio in quei cellulari che sembra risiedere il loro essere, la 'verità' su di loro, come se l'essere umano avesse bisogno di delegare il suo esistere, la sua consistenza a qualcun'altro o qualcos'altro, e lì, in un cellulare potesse conservare e proteggere le sue parti più intime, i suoi lati più nascosti, meno conosciuti, non sempre comunicabili e condivisibili.

Nel film, alla fine si scopre che il gioco non viene fatto, emerge quindi un doppio piano esistenziale, due vite parallele dei protagonisti, quella vera che nessuno in realtà conosce, ma che potrebbe rivelarsi attraverso una telefonata o un messaggio WhatsApp, e quella che può essere raccontata e mostrata agli altri.

Altro tema che ha suscitato la mia riflessione guardando il film, collegato a quello delle relazioni umane, è quello della 'crisi', nello specifico della crisi di coppia, in quanto le coppie presenti alla cena stanno attraversando una crisi o stanno per affrontarla.

Ma quando arriva la crisi in una coppia e perché?

Come ha affermato Michele Minolli (2016) la crisi mette in dubbio l'investimento iniziale perché sembra dimostrare che si è preso un abbaglio nella scelta del partner: l'investimento viene meno e l'altro diventa insignificante. Seguendo sempre la riflessione di Minolli, ciò che causa la crisi è il fatto che ogni membro della coppia voglia affermare sé stesso: si litiga per avere conferma della propria affermazione, ma quando una coppia litiga lo fa perché sa che nel loro legame c'è amore ed è all'interno di questo amore che diventa inevitabile litigare, cioè pretendere che l'altro approvi e sostenga l'affermazione di sé. Il saper 'disinnescare' di Rocco è proprio questo, il 'non voler trasformare ogni discussione in una lotta di supremazia (citando le parole del protagonista)', volendo affermare a tutti i costi se stessi.

Le tre coppie protagoniste della cena sembrano affrontare in altrettanti modi le loro rispettive crisi: Eva e Rocco cercano di 'disinnescare' appunto, termine che utilizza Rocco, come a voler interrompere un flusso o impedire la catastrofe che seguirebbe ad una scottante verità (un tradimento); la cop-

pia Bianca e Cosimo ‘esplode’ attraverso una fuga di lei dopo la scoperta del tradimento; Carlotta e Lele sembrano, invece, vivere in una crisi lunga anni dopo aver custodito un segreto che ha portato i partner ad allontanarsi affettivamente e a cercare relazioni virtuali.

Ma se il gioco non fosse mai iniziato le crisi non sarebbero scoppiate? Le coppie protagoniste del film forse avrebbero continuato a funzionare magari continuando a ‘disinnescare’. Ma disinnescare perché? Disinnescare per chi? Questi sono forse gli interrogativi che restano alla fine del film.

Forse si potrebbe leggere la crisi ancora in termini minolliani come indice di un cambiamento urgente e necessario per andare avanti. Per questo Rocco non vuole affrontare la crisi e pensa che ‘a volte bisogna saper disinnescare’, per evitare la crisi e incontrare ciò che non si conosce; meglio restare nella fortezza apparentemente sicura che la coppia si è costruita conoscendo soltanto alcuni aspetti del proprio partner?

Credo che *Perfetti sconosciuti*, lasci aperti questi interrogativi sulle relazioni di coppia e in generale sulle relazioni dell’essere umano, facendo tornare alla fine del film lo spettatore alla vita e alla realtà che conosceva prima che iniziasse il gioco, così da non modificare un equilibrio funzionale fino a quel momento.

Possiamo decidere di ‘giocare’ quando sentiamo di essere pronti a mettere mano a qualcosa che ci riguarda o che riguarda le nostre relazioni, e allora possiamo farlo magari essendo disposti anche ad affrontare una crisi.

#### BIBLIOGRAFIA

Minolli, M. (2016). *Che aspetti ad andartene? L’amore nella cultura iper-moderna*. Roma, Alpes.

---

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 18 ottobre 2021.

Accettato per la pubblicazione: 27 ottobre 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:598

doi:10.4081/rp.2021.598

*This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (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	543
▪ Fabio Vanni	

**Focus: Open Dialogue: an innovative theoretical, clinical and operational perspective****ARTICLES**

Open Dialogue - a new psychotherapeutic and human rights approach to build up humanistic psychiatric services	547
▪ Jaakko Seikkula	

**COMMENTARIES**

A few considerations about: <i>Open Dialogue - a new psychotherapeutic approach oriented towards human rights so as to devise humanistic psychiatric services</i>	583
▪ Giuseppe Riefolo	

Contribution to the discussion about <i>Open Dialogue</i>	595
▪ Carmine Parrella	

From dialogue to accepting one's condition	603
▪ Enrico Vincenti	

More family work and more work within the system is needed to develop the clinical practice. Comments to Parrella, Riefolo and Vincenti	623
▪ Jaakko Seikkula	

**WRITINGS**

The intrapsychic conflict and the historical evolution of its psychotherapeutic approach in psychoanalysis	631
▪ Fulvio Frati	

**DIALOGUES ABOUT CARE**

Setting ad assetto variabile. La chat dei sogni in psicoterapia: il caso di Adriana	703
▪ Carmine Parrella	

Commento al caso clinico: <i>Setting ad assetto variabile. La chat dei sogni in psicoterapia: il caso di Adriana</i>	713
▪ Roberta Giampietri	

Commento al caso clinico: <i>Setting ad assetto variabile. La chat dei sogni in psicoterapia: il caso di Adriana</i>	719
▪ Susanna Porcedda	

Commento al caso clinico: <i>Setting ad assetto variabile. La chat dei sogni in psicoterapia: il caso di Adriana</i>	723
▪ Gianfranco Bruschi	

Replica ai commenti sul caso clinico: <i>Setting ad assetto variabile. La chat dei sogni in psicoterapia: il caso di Adriana</i>	727
▪ Carmine Parrella	

**LECTURES**

Il processo della supervisione psicoanalitica. Apprendere la psicoanalisi o sperimentarla?	731
MARIA LUISA TRICOLI	
▪ Maria Zirilli	

**GLANCES**

Commento al film 'Perfetti sconosciuti'	735
PAOLO GENOVESE	
▪ Ilaria Giannoni	

**EDITORIALE**

Editoriale	545
▪ Fabio Vanni	

**Focus: Open Dialogue: una prospettiva teorico clinica ed operativa innovativa****ARTICOLI**

Dialogo Aperto - un nuovo approccio psicoterapeutico e orientato ai diritti umani per costruire servizi psichiatrici umanistici	565
▪ Jaakko Seikkula	

**COMMENTI**

Alcune considerazioni a: <i>Dialogo Aperto - un nuovo approccio psicoterapeutico e orientato ai diritti umani per costruire servizi psichiatrici umanistici</i>	589
▪ Giuseppe Riefolo	

Contributo alla discussione sull'articolo <i>Open Dialogue</i>	599
▪ Carmine Parrella	

Dal dialogo all'assunzione della propria condizione	613
▪ Enrico Vincenti	

Per sviluppare la pratica clinica è necessario più lavoro familiare e più lavoro all'interno del sistema. Commento a Parrella, Riefolo e Vincenti	627
▪ Jaakko Seikkula	

**SCRITTI**

Il conflitto intrapsichico e l'evoluzione storica del suo approccio psicoterapeutico in psicoanalisi	667
▪ Fulvio Frati	

**DIALOGHI SULLE RELAZIONI DI CURA**

Setting ad assetto variabile. La chat dei sogni in psicoterapia: il caso di Adriana	703
▪ Carmine Parrella	

Commento al caso clinico: <i>Setting ad assetto variabile. La chat dei sogni in psicoterapia: il caso di Adriana</i>	713
▪ Roberta Giampietri	

Commento al caso clinico: <i>Setting ad assetto variabile. La chat dei sogni in psicoterapia: il caso di Adriana</i>	719
▪ Susanna Porcedda	

Commento al caso clinico: <i>Setting ad assetto variabile. La chat dei sogni in psicoterapia: il caso di Adriana</i>	723
▪ Gianfranco Bruschi	

Replica ai commenti sul caso clinico: <i>Setting ad assetto variabile. La chat dei sogni in psicoterapia: il caso di Adriana</i>	727
▪ Carmine Parrella	

**LETTURE**

Il processo della supervisione psicoanalitica. Apprendere la psicoanalisi o sperimentarla?	731
MARIA LUISA TRICOLI	
▪ Maria Zirilli	

**SGUARDI**

Commento al film 'Perfetti sconosciuti'	735
PAOLO GENOVESE	
▪ Ilaria Giannoni	