

## **La clinica riscopre la giustizia sociale: il *Power Threat Meaning Framework***

Matteo Bessone,\* Marco Sassoon\*\*

SOMMARIO. – L'uscita del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, quinta edizione (DSM-5), nel 2013, fu accolta con sentimenti contrastanti: c'era chi lo salutava come una fondamentale innovazione nel campo diagnostico, chi ne denunciava gli assunti di fondo come sostanzialmente invariati rispetto alle problematiche edizioni passate. Nello stesso anno, la *British Psychological Society* pubblicò un *position statement* invocando la necessità di un cambiamento di paradigma nella classificazione di comportamenti ed esperienze in relazione alle diagnosi psichiatriche. Cinque anni dopo, nel 2018, alla vigilia dell'uscita dell'undicesima revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-11), la *British Psychological Society* pubblicò il *Power Threat Meaning Framework* (PTMF, da qui PTM) in forma integrale e sintetica. Nel corso dei sette anni successivi, il modello ha conosciuto una notevole diffusione: le traduzioni si sono moltiplicate e la versione sintetica è ora gratuitamente disponibile in spagnolo, norvegese, svedese e italiano. Parallelamente, attorno al PTM si è sviluppato un dibattito vivace: si sono attivati percorsi formativi, alcuni servizi ne hanno sperimentato l'adozione in diversi settori, ed è diventato uno dei testi di riferimento per una parte del movimento critico nel Regno Unito e non solo. Dopo averne delineato genesi e obiettivi, questo contributo esplorerà natura e metodo del PTM, evidenziandone il posizionamento epistemologico e politico. Verranno quindi analizzati i contenuti fondamentali e la loro innovatività, delineando gli ambiti di applicazione e le critiche mosse al modello, per concludere riflettendo sul suo potenziale come strumento per riconnettere clinica e giustizia sociale.

*Parole chiave:* *Power Threat Meaning Framework*, psicologia clinica, classificazione diagnostica, giustizia sociale.

---

\*Sportello TiAscolto APS; Ricercatore Indipendente, Italia.

E-mail: [matteo.bessone@hotmail.it](mailto:matteo.bessone@hotmail.it)

\*\*Sportello TiAscolto APS; Università di Colonia, Germania; Istituto Mitchell, Torino, Italia. E-mail: [marco.sassoon@gmail.com](mailto:marco.sassoon@gmail.com)

## Di che cosa (non) si tratta?

Il *Power Threat Meaning Framework* (PTM) è un quadro concettuale pensato per comprendere e lavorare sul disagio e su ciò che viene definito dagli autori comportamento “disturbato o disturbante”. Tuttavia, contrariamente da quanto potrebbe apparire ad un primo sguardo, non è un modello diagnostico o clinico in senso stretto. Il PTM non si limita alla classificazione di esperienze o comportamenti, o alla definizione di cluster diagnostici, ma si orienta più generalmente alla comprensione delle esperienze umane in termini di potere, minaccia, significato e risposte di sopravvivenza.

L'intento e la portata del modello sono al tempo stesso teorici, metodologici, pratici, politici e culturali. Il PTM non nasce in prima istanza per sostituirsi ai manuali diagnostici esistenti, ma per mettere in discussione pratiche e cornici di senso che istituiscono la clinica come strumento privilegiato per conoscere e intervenire sul disagio dei cittadini. Tali pratiche, suggeriscono gli autori, trasformano le esperienze e i comportamenti in oggetti di diagnosi (oggetti clinici), e coloro che ne fanno esperienza in “pazienti” (soggetti clinici). Il PTM nasce quindi per problematizzare l'istituzione della clinica come dispositivo di sapere-potere (Foucault, 1969) elettivo per la cura della sofferenza. I sistemi di cura della salute mentale vengono definiti dal PTM come dispositivi che rischiano di riprodurre disuguaglianze sociali (Johnston *et al.*, 2018), offrendo una lettura passivizzante di sofferenza e soggettività attraverso l'uso di categorie diagnostiche patologizzanti e individualizzanti.

All'opposto, la salute mentale viene qui considerata un fenomeno emergente degli aspetti strutturali dei contesti in cui si muovono individui e gruppi, e collocata all'interno di interazioni dinamiche nello spazio concreto, collettivo, sociale. Questa consapevolezza, già fatta propria da altre discipline come epidemiologia e antropologia medica, ma generalmente minoritaria in psicologia, permea il PTM in tutte le sue parti e rende la sua vocazione, a nostro avviso, profondamente trasformativa a livello culturale e politico. Essa affonda le sue radici nella necessità di interrogare i rapporti di potere che attraversano il campo clinico, insieme alle strutture e i processi sociali, culturali e politici che definiscono le forme della cittadinanza, della soggettività, della sofferenza e della cura.

## Il metodo: partecipazione e co-produzione

Analogamente a quanto accade per il *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, quinta edizione (DSM-5), la cui stesura è oggetto di critiche relative a processi, attori coinvolti e conflitti di interesse che ne hanno influenzato sostanzialmente i contenuti, anche per il PTM (disponibile gratuitamente online, per tutte le versioni) il processo non è separabile

dal prodotto. Esiste una coerenza strutturale radicale fra forma e contenuto: i principi su cui si fonda il modello sono i medesimi che ne informano processo e metodo di stesura.

Pertanto, il processo di produzione del PTM non è dettaglio metodologico ma elemento epistemologico. Il *metodo* adottato dagli autori riflette un preciso posizionamento su che cosa significhi *produrre conoscenza*, *chi produce* tale conoscenza, e *a beneficio di chi* essa viene prodotta. Il PTM assume la prospettiva epistemologica del realismo critico (Pilgrim, 2022), partendo dal presupposto che la conoscenza non sia neutrale, naturale o appannaggio esclusivo dell'esperto, ma che si produca sempre dentro rapporti di potere, esperienze e contesti sociali. La sofferenza come le teorie su questa sono prodotti storici e sociali. La conoscenza non è verità decontestualizzata: "le teorie e i giudizi su come identificare, spiegare e intervenire nel disagio mentale e nei comportamenti disturbanti non sono privi di interessi o scervi da componenti valoriali" (Johnston *et al.*, 2018, p. 73).

Tale epistemologia si è tradotta, durante la stesura del modello, in un approccio partecipativo, coinvolgendo una pluralità di attori, fondato sul paradigma della co-produzione (Rose, 2017; Rose & Kalathil, 2019; Soklaridis *et al.*, 2024). Tale paradigma si basa sulla distribuzione di sapere-potere, e valorizza particolarmente il contributo dei destinatari degli interventi, i cosiddetti "esperti per esperienza": persone che, avendo vissuto direttamente una condizione di sofferenza psichica, hanno trasformato il proprio vissuto in competenza, offrendo supporto empatico e pratico ad altri che vivono la stessa situazione. Secondo gli autori, occorre "prendere sul serio il significato, la narrazione e l'esperienza soggettiva", chiarendo che ciò implica "un ruolo centrale per le narrazioni degli esperti con esperienza diretta (Experts by Experience)" (Johnstone & Boyle, 2018, p. 73). Si tratta di un concreto tentativo di superare ciò che viene chiamata "ingiustizia epistemica" (Bortolotti, 2025; Fricker, 2007) nell'ambito della produzione del sapere: la sistematica esclusione di esperienze e saperi delle persone che vivono la sofferenza, a favore dell'egemonia di prospettive tecniche che occupano una posizione di rilievo nella gerarchia della conoscenza. Oltre ad un aspetto di equità, esistono ottime ragioni pratiche per integrare nel sapere "ufficiale" saperi e pratiche "emiche", ovvero sviluppate all'interno di gruppi e popolazioni a partire dalla propria esperienza, cultura e visione: tali conoscenze, infatti, sono essenziali per orientare la ricerca e l'intervento in una direzione autenticamente utile ai destinatari, generando risultati in maniera non estrattiva (Smith, 2021).

Il processo collettivo del PTM si è quindi sviluppato attraverso un dialogo tra diverse voci, ruoli ed esperienze in cui i tecnici hanno ceduto il monopolio del sapere-potere. Il gruppo di lavoro era infatti composto da psicologi ed attivisti con esperienza diretta nei servizi di salute mentale, come Jacqui Dillon ed Eleanor Longden, insieme a una ricercatrice, Kate

Allsopp, un gruppo consultivo di utenti e familiari, un gruppo di lettura critica con particolare attenzione alle questioni di diversità e numerose altre figure. Incorporando una pluralità di sguardi ed esperienze, il PTM costituisce probabilmente il primo tentativo di costruire un quadro concettuale di questa portata in forma co-prodotta, coinvolgendo persone che vivono la sofferenza psichica sia come membri del team centrale che come consulenti, e integrando sistematicamente le loro testimonianze e la letteratura proveniente dal movimento di utenti e *survivors*.

Gli sviluppi successivi hanno seguito il medesimo slancio democratico e partecipativo. Nel 2019 è stato istituito il *PTMF Committee*, composto da professionisti e esperti per esperienza, con l'obiettivo di sviluppare risorse, materiali formativi e iniziative di diffusione coerenti con i principi di co-produzione e partecipazione che fondano il framework. Infine, il processo di traduzione italiana del PTM ha deliberatamente seguito gli stessi principi ed è stato realizzato collettivamente con la partecipazione attiva di utenti e persone con esperienza di servizi psichiatrici.

## Una diagnosi di contesto ed epistemologica

Per comprendere la natura del PTM e i suoi principi, occorre inserirlo nel contesto storico e socioculturale da cui emerge e a cui, trasformativamente, vuole rispondere. Da decenni, la medicalizzazione dell'esperienza umana di cui il DSM costituisce uno dei simboli e strumenti, ha costruito la sofferenza come oggetto di classificazione clinica (Foucault, 1969) isolandola dai suoi determinanti sociali (WHO, 2014), economici, politici, culturali. La tendenza è affrontare il disagio principalmente come problema individuale su base organica. Parallelamente, sviluppo e diffusione di approcci psicologici che enfatizzano soggettività e dinamiche intrapsichiche hanno rafforzato una concezione di sofferenza avulsa dal contesto, contribuendo a forme di psicologizzazione (De Vos, 2012). Tali concezioni sono in relazione con la visione individualistica tipica della cultura occidentale neoliberista. Decontestualizzando la sofferenza, la clinica rischia, invece di sostenere relazioni di emancipazione e processi tesi alla giustizia sociale, di diventare strumento di normalizzazione, invisibilizzando le condizioni di oppressione strutturale, ingiustizia sistemica e disuguaglianza socioeconomica (Johnston *et al.*, 2018).

È partendo da questa diagnosi di contesto (Batstra & Frances, 2025) che si comprendono posizionamento epistemologico e proposta pratica del PTM. Sistemi diagnostici come DSM e Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD) derivano da una tradizione positivista che, attraverso l'applicazione del modello biomedico, interpreta il disagio come proprietà interna all'individuo, organizzandolo attraverso categorie presentate come neutrali, naturali e universali: i cosiddetti disturbi mentali. Tuttavia l'atto diagnostico

è anche un atto politico-sociale, definendo attraverso una “teoria del disturbo” cosa costituisca una malattia, chi diventi paziente, quali sofferenze meritino attenzione clinica (Kleinman, 2019). Il PTM nasce per evitare il rischio che la medicalizzazione di fenomeni ed esperienze radicate in dinamiche sociali costituisca la sofferenza come fatto privato, naturalizzando il contesto con cui questa si produce. I comportamenti disturbati e disturbanti che caratterizzano il disagio mentale, più che letti come anormali – letteralmente, fuori norma – diventano nel PTM una risposta normale, dotata di un senso che va ricostruito, a condizioni strutturali anormali, ovvero inadatte a rispondere ai bisogni delle persone.

Modelli formalmente differenti da quello biomedico operano nella pratica analogamente. Approcci che valorizzano il vissuto e la soggettività, come la psicoanalisi, o sistemi diagnostici come il PDM-3, tendono comunque a proporre una comprensione della sofferenza su scala individuale. Il PDM-3 introduce elementi rilevanti (come il riconoscimento di esperienze clinicamente significative non patologiche e di vulnerabilità legate ai contesti socioculturali), offrendo una lettura più sfumata del disagio. Tuttavia, buona parte dei dispositivi psicoterapici e strumenti diagnostici come il PDM-3 si focalizzano su processi intrapsichici o relazionali, dedicando minore o nulla attenzione a fattori strutturali, disuguaglianze, rapporti di potere. In questo modo, rischiano di oscurare le condizioni materiali e storiche della sofferenza, contribuendo, seppur involontariamente, a rafforzare letture individualistiche del malessere indebolendo la possibilità di azioni personali e collettive sui contesti di vita.

Fondato sull’epistemologia del realismo critico, il PTM tenta di riconoscere la realtà della sofferenza senza separarla dai contesti. Le difficoltà psicologiche vengono concepite come risposte comprensibili a minacce (*Threat*) vissute entro specifici disequilibri di potere (*Power*), a cui persone, gruppi o comunità attribuiscono significati (*Meaning*). Questa cornice sistematica viene proposta per orientare riflessioni e interventi sui rapporti tra individui e struttura.

## Contenuto e innovatività

Quali sono dunque i contenuti del PTM, e in cosa costituiscono un’innovazione sostanziale rispetto ai modelli culturalmente egemoni? Riportiamo integralmente la “sintesi narrativa del pattern fondativo” che costituisce la base del modello:

“Le disuguaglianze economiche e sociali e i significati ideologici che costituiscono l’operazione oppressiva del potere concorrono a un aumento dei livelli di insicurezza, di mancanza di coesione, di paura, sfiducia, violenza e conflitti, di pre-

giudizi, discriminazione e avversità sociali e relazionali in tutte le società. Questo ha implicazioni per tutti, e in particolare per coloro le cui identità sono marginalizzate. Limita l'abilità dei caregivers di fornire al bambino relazioni sicure precoci, cosa che non solo è in sé angosciante per il bambino, ma potrebbe compromettere la sua capacità di gestire l'impatto delle difficoltà in futuro. Le avversità sono correlate, in modo tale che la loro presenza nel passato di una persona e/o nella vita presente aumenti la probabilità di sperimentarle nelle fasi successive. Aspetti come la violenza gratuita, il tradimento, il senso d'impotenza o intrappolamento o imprevedibilità aumentano l'impatto di queste avversità, e questo impatto non è solo cumulativo ma sinergico. Nel tempo, l'interazione di tali avversità porta a una probabilità molto maggiore di provare emozioni d'angoscia e comportamenti disfunzionali. La forma di queste espressioni di stress emotivo è modellata dalle risorse disponibili, dai discorsi sociali, dalle capacità fisiche e dall'ambiente culturale, e la loro funzione principale è quella di promuovere sicurezza e sopravvivenza emotiva, fisica e sociale di chi ne fa esperienza. Parallelamente all'accumulo di queste avversità aumentano quantità e gravità di queste risposte, insieme ad altre complicazioni sanitarie, comportamentali e sociali. In assenza di fattori migliorativi o di un intervento, il ciclo viene così predisposto per continuare attraverso le generazioni successive." (Johnstone & Boyle, 2018, p. 195)

È evidente come molti degli elementi utilizzati e delle entità invocate nell'analisi differiscano dai modelli attualmente disponibili: si attribuisce un ruolo centrale a disuguaglianze sociali, discorsi e significati socioculturali, circostanze e condizioni materiali, fenomeni sociali. La complessità dello sguardo aumenta: non è possibile comprendere e agire sulla sofferenza mentale senza una comprensione profonda dell'organizzazione e dei processi sociali, a partire dalla diseguale distribuzione di potere, risorse materiali e simboliche, vincoli e opportunità (Wilkinson & Pickett, 2009, 2020). Bisogna interrogare l'interazione tra persone, gruppi e comunità e i contesti in cui esse nascono, crescono, si sviluppano e muoiono (Marmot, 2005, 2013). Il Pattern Fondativo si basa su trend a livello di popolazione (Johnston *et al.*, 2018) informati dalla ricerca epidemiologica, difficilmente commensurabili con il livello clinico, individuale. Pone al centro i determinanti sociali della salute e mostra come il disagio nasca da interazioni "sinergiche", "cumulative", "probabilistiche" tra diversi fattori ed esperienze. In questa analisi, fa eco il concetto di "sindemia" (Singer & Clair, 2003) che definisce come l'interazione dinamica tra due o più condizioni compresenti di malattia, avversità o svantaggio, sia responsabile del peggioramento di salute per la popolazione per la quale tali condizioni si avverano. L'approccio sindemico ha contribuito, tra le altre cose, a chiarire perché alcune minoranze presentano condizioni medie di salute sistematicamente peggiori del resto della popolazione. Per questo, il PTM sottolinea la necessità di risposte sociali e politiche ai problemi, ed è stato proposto come strumento anche nell'ambito della salute pubblica (Harper, 2023). Il modello orienta quindi, in un'otti-

ca di promozione della salute (WHO, 1986), verso la costruzione di contesti e politiche capaci di interrompere o prevenire i processi che tali avversità possono innescare. Particolarmente importante è il riconoscimento, finora inedito in psicologia clinica quantomeno a livello *mainstream*, che le strutture oppressive costituiscano un fattore di rischio in maniera proporzionalmente maggiore per le identità marginalizzate, offrendo una comprensione intersezionale (McCall, 2005) di salute, sofferenza e cura. Come sottolinea la teoria della “violenza strutturale”, la sofferenza si distribuisce in maniera diseguale secondo gli assi di etnia, genere e classe, attraverso assetti sociali che danneggiano persone e gruppi ostacolando la loro *agency* e creando un accesso diseguale a risorse come educazione, sanità, abitazione (Farmer, 1996). In quest’ottica, violenza, malattia e malessere sono “raramente separate dalle azioni dei potenti” (*ibidem*, p. 21).

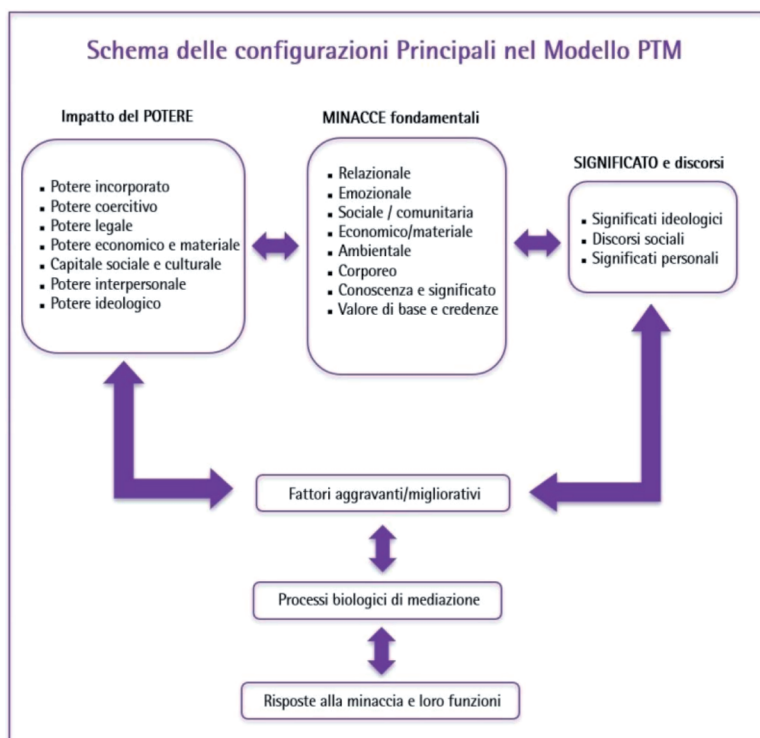
Dalla base del Pattern Fondativo emerge il corpo principale del PTM che ne racchiude il cuore: lo Schema di Base (SB). L’SB illustra i quattro elementi costitutivi del modello e la loro connessione: Potere, Minaccia, Significato e Risposta alla Minaccia (Johnstone, 2022). A ciascuno di essi corrispondono domande chiave nell’intervista proposta dagli autori. L’obiettivo è fornire una cornice capace di ricostruire il collegamento tra significati attribuiti a minacce e avversità e risposte dei soggetti. Quelli che sono generalmente interpretati come sintomi – nel linguaggio degli autori, comportamenti disturbati o disturbanti – vengono qui proposti come risposte a esperienze di minaccia, culturalmente determinate, mediate da processi simbolici e biologici, influenzate da fattori che possono aggravarle o mitigarle; il loro valore è quindi funzionale più che patologico. A livello formale, l’articolazione dell’SB risente di una certa schematicità legata al pragmatismo della cultura anglosassone, che ne costituisce però anche un punto di forza espositivo, permettendo di delineare con chiarezza le componenti del modello e le relazioni tra esse (Figura 1).

Il Potere viene definito (Boyle, 2020) nella sua accezione positiva e negativa. Obiettivo della cura è la restituzione del potere personale e sociale, l’attivazione di risorse e di un senso di controllo sulla traiettoria di vita. Si pone l’enfasi sulle operazioni del potere che, riprendendo le analisi sui determinanti sociali della salute, viene distinto in fattori distali e prossimali. Viene sottolineato che questo agisce tramite i corpi, le relazioni, le istituzioni, le organizzazioni, e le interazioni quotidiane. Il PTM propone una tassonomia del potere: coercitivo, biologico/incorporato, legale, economico e materiale, simbolico legato al capitale culturale, interpersonale, ideologico. Questa classificazione, dichiaratamente non esaustiva, suggerisce alcuni degli ambiti attraverso cui il potere opera sulla vita delle persone. Ad esempio, il potere economico riguarda l’effetto dell’accesso diseguale a risorse materiali sulle esperienze di salute, mentre quello simbolico descrive come alcuni vincoli socioculturali

possono influenzare opportunità e benessere (come le pressioni su sessualità e ruoli di genere). Alla dimensione del potere corrisponde la domanda: *Cosa ti è successo? Come ha funzionato il potere nella tua vita?*

Il successivo elemento, la Minaccia, costituisce l'insieme di rischi e pericoli che le operazioni negative di potere pongono a sopravvivenza, sicurezza e benessere di individui o gruppi. Le minacce sono intese come ostacoli ai bisogni umani. Vengono suddivise in relazionali, emotive, sociali e comunitarie, economiche e materiali, ambientali, fisiche, identitarie, legate a conoscenza, costruzioni di significati e valori di base. Grazie all'utilizzo di un linguaggio colloquiale e accessibile, la descrizione di tali minacce risulta piuttosto immediata. Nell'intervista clinica, questa dimensione si traduce nella domanda: *In che modo ciò che ti è successo ti ha influenzato?*

Per sottolineare l'*agency* dei soggetti, il modello afferma che le minacce poste dalle operazioni di potere vanno comprese in funzione dei significati loro attribuiti da individui e gruppi sociali. Il Significato (Cromby, 2022) potrebbe rappresentare la componente più simile ai modelli clinici a noi familiari. Il PTM enfatizza tuttavia che tale significato emerge "all'interno dei



**Figura 1.** Schema delle configurazioni principali nel modello PTM (Johnston L, Boyle M, Cromby J, *et al.*, 2018).

discorsi sociali e culturali dominanti e [è] attivato da risposte corporee” (Johnstone & Boyle, 2018, p. 9). Tale dimensione comprende i significati ideologici (le ideologie dominanti), i discorsi sociali e i significati culturali e personali. Il ruolo centrale del significato viene riconosciuto nella sua opera di “mediazione nel modellare l’operazione, l’esperienza e l’espressione del potere, della minaccia e delle nostre risposte ad essa” (*ibidem*, p. 9). Si lega alla domanda: *Che senso hai dato a ciò che è successo?*

Infine, le Riposte alle Minacce costituiscono le azioni che le persone compiono per “assicurarsi la sopravvivenza emotiva, fisica, relazionale, sociale per fronteggiare l’impatto negativo del potere” (*ibidem*, p. 9). Tali risposte, basate sul significato attribuito alle minacce esercitate dal potere, vengono presentate come strategie di sopravvivenza apprese o innate (fisiologiche), attività dotate di senso e significato, più che come sintomi. Queste risposte sono elencate senza pretesa di completezza e posizionate lungo un continuum da più a meno riflessive, coscienti o prodotto di scelte. La loro esperienza, come quella dell’attribuzione di significato è condizionata dai vincoli biologici e psicofisiologici della nostra specie, oltre che dagli strumenti offerti dalla cultura di appartenenza. La domanda che le approfondisce è: *Cosa hai dovuto fare per sopravvivere?*

A integrazione delle domande legate alle quattro componenti del modello, per sottolineare la dimensione di *agency* e l’importanza della narrativa personale, l’intervista prevede anche approfondimenti sulle risorse disponibili alle persone (Quali forze possiedi?) e uno sguardo globale sulla loro storia (Che cosa ti è successo?). Dalla declinazione dell’SB nelle concrete esperienze di individui e gruppi, vengono articolati sette schemi provvisori,<sup>1</sup> che non affronteremo qui nel dettaglio. Questi costituiscono “strategie di sopravvivenza” piuttosto che “sintomi”, risposte alle minacce che travalicano le categorie diagnostiche, le specialità mediche e i confini entro i quali abitualmente vengono intese “normalità” ed “anormalità” e caratterizzano, entro un certo grado e in determinati momenti, la vita quotidiana di ognuno (Johnston *et al.*, 2018, p. 192)

Pur rappresentando gli schemi provvisori raggruppamenti di esperienze simili e presentando parziali corrispondenze con categorie diagnostiche esistenti, non si tratta di entità discrete. Nel tentativo di ribaltare la logica essenzializzante della diagnosi classica, i pattern di esperienza vengono proposti sotto forma *verbale*, come attive strategie per la sopravvivenza di fronte a meccanismi di potere sfavorevoli. Più che a delle etichette diagno-

---

<sup>1</sup> 1. Identità; 2. Sopravvivere al rifiuto, al sentirsi in trappola e all’invalidazione; 3. Sopravvivere a deprivazioni dell’attaccamento e avversità vissute da bambino/giovane; 4. Sopravvivere alla separazione e alla confusione di identità; 5. Sopravvivere alla sconfitta, al sentirsi in trappola, alla disconnessione e alla perdita; 6. Sopravvivere all’esclusione sociale, alla vergogna e al potere coercitivo; 7. Sopravvivere a singole minacce.

stiche, gli schemi provvisori somigliano ad una traccia che permette di far emergere alcuni aspetti salienti della storia personale, quelle esperienze che sono state determinante nell'adozione di strategie di resilienza e nello strutturarsi della sofferenza, in base alle risorse disponibili e ai vincoli di contesto. Ad esempio, lo schema provvisorio può riguardare l'“essere identificato o identificarsi come membro di una minoranza etnica”, “sopravvivere all'esposizione a violenza domestica in infanzia/gioventù”, oppure “gestire la nascita di un bambino e la sua educazione”. Lo scopo è quello di “utilizzare questi schemi per creare narrazioni personali, di gruppo e sociali che aiutino a ripristinare significatività e *agency*, compatibilmente con gli assunti culturali di riferimento, [con il] potenziale di generare speranza, ricostruire le relazioni e promuovere l'impegno sociale” (*ibidem*, p. 16). L'obiettivo combina quindi la promozione della salute individuale e collettiva e, insieme, della giustizia sociale.

Il modello tenta di comprendere diverse componenti delle esperienze di sofferenza, articolandole in maniera dinamica in relazione al contesto ed evitando riduzionismi. Il livello biologico, fornendo i vincoli entro cui può essere data l'esperienza, è considerato cruciale. Al tempo stesso, però, la dimensione sociale viene riconosciuta centrale nello strutturare, esperire ed esprimere il malessere. Analogamente al tentativo di superamento sia del riduzionismo biologico sia del idealismo soggettivista da parte dell'approccio epigenetico (Bottaccioli & Bottaccioli, 2024), il PTM integra corpo, vincoli materiali e risposte fisiologiche con contesti sociali e culturali, mostrando come le reazioni alle minacce siano insieme biologicamente incorporate e simboliche, probabilistiche e situate. Questo approccio dinamico e in un certo senso “olistico”, consente di superare alcuni limiti degli attuali modelli clinici. Da un lato, permette di accogliere e interpretare la componente culturale del malessere come aspetto dinamico di negoziazione con esperienza e contesto. In maniera simile al concetto di “*idioms of distress*” (Nichter, 1981), questo permette di superare etichette problematiche come quella delle sindromi “*culture bound*”, implicitamente essenzializzante rispetto standard occidentali: in quest'ottica, ogni espressione di disagio è dinamicamente “*context bound*”, legata ad uno specifico contesto storico, materiale e simbolico. Dall'altro, ciò permette di superare l'annosa distinzione tra i cosiddetti pazienti gravi, spesso ritenuti adatti esclusivamente all'intervento psichiatrico/farmacologico, e i pazienti candidabili alla psicoterapia. Contemplando la possibilità che esistano diverse forme in cui la sofferenza viene vissuta ed espressa, ed evitando di etichettare tali variazioni come bizzarre, primitive o “maggiormente gravi”, si può ridurre uno stigma che produce esclusione, delegando sistematicamente le persone più vulnerabili ai dispositivi psichiatrici. Infine, il PTM risulta egualmente utile per gli interventi individuali e per il lavoro con famiglie, gruppi e comunità. L'enfasi posta sul contesto consente una trasformazione del setting, sia ampliandolo a soggetti significativi dell'ambiente, non solo

famigliare, che possono costituire risorsa,<sup>2</sup> sia identificando azioni a livello comunitario, sociale e politico, tese alla modifica di contesti e condizioni di vita, capaci di restituire potere, senso di controllo, *agency* e fiducia.

## Diffusione e utilizzo

Dopo aver delineato le caratteristiche del modello, descriviamo, attraverso una revisione non sistematica della letteratura, i settori di applicazione, i soggetti da cui viene utilizzato e alcune critiche di cui è oggetto.

Dalla letteratura emerge un uso che si estende oltre il settore clinico e sanitario, ove viene principalmente utilizzato per la formulazione dei casi sia da singoli professionisti che nelle équipes (Nikopaschos *et al.*, 2023). Viene infatti adottato all'interno di pratiche psicologiche nel settore carcerario, per supportare i detenuti a comprendere origini e funzione della violenza, decostruendo l'identità di criminale (Gallagher *et al.*, 2025; Reis *et al.*, 2019). Viene adottato nel contesto educativo e scolastico per analizzare il disagio di studenti e insegnanti, spostando il focus dai deficit individuali alle pressioni del contesto (Devenney, 2021), da psicologi scolastici, insegnanti ed educatori, anche per riflettere sulla propria pratica e identità professionale (Brett *et al.*, 2024), o come griglia analitica per l'intero sistema educativo britannico (Bodfield & Culshaw, 2024). Ci sono evidenze che documentano l'utilizzo del PTM nell'ambito del sostegno informale, fuori dai contesti professionali, sia da parte di caregiver di persone con problemi di salute mentale per affrontare le proprie difficoltà (Paradiso & Quinlan, 2021), sia di gruppi di auto-mutuo-aiuto, come lo *SHIFT Recovery Community*, per comprendere le proprie esperienze di stress e ritrovare un senso di capacità e potere d'azione collettiva del gruppo, fiducia, validazione (Community, 2022).

La revisione sistematica di Gallagher e colleghi (2024) sintetizza le evidenze empiriche emerse e le principali aree di applicazione del PTM a cinque anni dalla pubblicazione. Il lavoro ha incluso 17 studi e dalla sintesi narrativa emergono quattro aree principali. La prima comprende gli studi in cui il PTM è stato utilizzato per informare sia la raccolta sia l'analisi di dati, guidando interviste, focus group e analisi tematiche secondo le dimensioni dell'SB. Nella seconda, il PTM è stato utilizzato esclusivamente per l'analisi dei dati senza strutturare la raccolta. La terza area include studi che esplorano reazioni dei professionisti al PTM, punti di vista e difficoltà di applicazione. Infine, gli autori identificano studi che descrivono pratiche psicologiche informate dal PTM, come interventi e formulazioni di casi, in diversi ambiti. Tale importante lavoro va contestualizzato in un acceso dibattito di cui il PTM è oggetto.

---

<sup>2</sup> Analogamente all'*Open Dialogue*, a cui è dedicata una parte finale.

Oltre alle critiche riportate dagli autori, riguardanti la solidità delle evidenze su cui si fonda il modello, il dubbio che l'SB differisca significativamente dalle etichette diagnostiche, e l'accusa di sottendere presupposti abilitati (Gallagher *et al.*, 2024), il maggior ambito di critica è quello filosofico. Ad esempio, viene evidenziato il rischio che il PTM, pur proponendosi come alternativa emancipativa ai modelli diagnostici tradizionali, finisca per configurarsi come ulteriore “*master narrative*”, imponendo una cornice interpretativa totalizzante sull'esperienza della sofferenza (Rashed, 2023). In questa direzione si muove chi sostiene che, per quanto il PTM rifiuti il modello di malattia, ne riproduca implicitamente la struttura, adottando un'idea di significato riduttiva e poco coerente, riducendo il potere alla minaccia e offrendo una lettura lineare del disagio (Morgan, 2023). Tale critica, tuttavia, si scontra con una lettura approfondita del modello che, piuttosto che suggerire percorsi lineari (biologici, ambientali o psicologici), integra queste componenti in una prospettiva della complessità: senza attribuire primato alle dimensioni contestuali, le reincorpora accanto a quelle biologiche e psicologiche, restituendo loro valore e visibilità. A conferma di ciò, lo stesso documento fondativo chiarisce che “tutte le esperienze umane sono mediate dalla nostra biologia” (Johnstone *et al.*, 2018, p. 5): le risposte al disagio vengono descritte come insieme biologicamente incorporate e simbolicamente mediate, escludendo di fatto, per lo meno in base alle intenzioni degli autori, qualsiasi riduzione della sofferenza alla sola dimensione contestuale o di minaccia.

Se da un punto di vista teorico molte delle critiche mosse al modello presentano sfumature condivisibili, il PTM conserva a nostro parere il merito di offrire alternative concrete, pratiche e costruttive per superare la mera contestazione decostruttiva dei paradigmi diagnostici tradizionali, ed è utilizzabile in molti ambiti, setting e discipline (Atkinson *et al.*, 2025; Gallagher *et al.*, 2024). Al di là della dimensione filosofica, una questione che rimane aperta è proprio quella dell'applicabilità clinica e pratica del PTM all'interno di contesti sanitari fortemente orientati alla diagnosi – non solo in termini clinici ma anche organizzativi e burocratici – e di percorsi formativi centrati sulla trasmissione di una *forma mentis* classificatoria attraverso specifici linguaggi psicopatologici. Lo stesso PTM, nonostante si proponga esplicitamente di diventare un'alternativa capace di assolvere alle funzioni che oggi la diagnosi sostiene di svolgere – come indicare gli interventi, prendere decisioni sull'accesso ai servizi, o guidare i giudizi legali – riconosce che “il pensiero diagnostico è ancora profondamente incorporato nei sistemi amministrativi dei servizi e nella società nel suo complesso” (Johnstone *et al.*, 2018, p. 31), ammettendo che “nel breve e medio periodo, le diagnosi psichiatriche saranno ancora necessarie alle persone per accedere a servizi, benefici e così via” (*ibidem*, p. 18). Ci sembra quindi che l'applicabilità del PTM, per quanto si ponga in un'ottica dialettica con l'egemonia culturale e di potere esercitata dal DSM, non stia nel sostituirsi come nuovo sistema nosologico

dominante, ma nel bilanciare l'attività diagnostica con l'accresciuta enfasi su risorse, relazioni col contesto, inclusione di una pluralità di attori e tendenza all'*empowerment*. Inoltre, nel richiamare il clinico alla responsabilità di un preciso posizionamento etico, politico e valoriale, esso ridefinisce, ci sembra, una certa *agency* che caratterizza il ruolo del professionista della salute. Da emanazione di un sistema a lui sovrastrutturato, il clinico si pone così in una postura dialettica con saperi e pratiche della salute, co-costruendo di volta in volta con il proprio paziente una strategia volta alla riacquisizione di potere sulla propria vita. Si tratta insomma di adottare un ruolo attivo rispetto alla diagnosi, che diventa in tal senso uno dei tanti elementi che possono essere flessibilmente messi in campo in un'azione condivisa: decostruendola e abbandonandola, se necessario, o adottandola strategicamente quando utile per un'operazione di senso o per l'accesso ad alcuni diritti legati alla ricezione di una diagnosi psichiatrica (ad esempio, agevolazioni sul lavoro o a scuola). Esplicitare la dimensione del potere esercitata dall'attività clinica consente quindi di responsabilizzare i terapeuti non solo su un piano di cambiamento psicologico, ma ingaggiandoli nello scambio collaborativo, dialettico o conflittuale con gli attori e le strutture presenti nel contesto di vita proprio e del paziente. In questo senso, il loro raggio di azione si allarga dal campo clinico a interventi a livello dei servizi e delle politiche (Read & Harper, 2022), a partecipazione sociale e produzione culturale. Il PTM dedica ampio spazio alle possibili applicazioni pratiche del modello al di là degli spazi clinici, declinandole in ambiti come la progettazione, la pratica legale, la ricerca, le politiche sanitarie. Interessarsi alle politiche di salute cercando di contribuirvi attraverso campagne o azioni di *advocacy* o la produzione di *position* e *policy papers*, o aprirsi alla cittadinanza attraverso incontri per la co-costruzione di narrative non patologizzanti sulla salute mentale, sono solo alcuni esempi di come questa sfida può essere raccolta.

Come appare evidente, stiamo ipotizzando un cambiamento profondo non soltanto negli strumenti professionali, ma nella concezione del ruolo dello psicoterapeuta. Questo non può avvenire che con un grande investimento nel confronto, la discussione, la formazione e la supervisione all'interno dei luoghi in cui ci si occupa di salute mentale, siano essi spazi formativi o operativi. A tal fine, strumenti indispensabili ci sembrano il dialogo interdisciplinare scevro da quelle forme di settarismo che alimentano divisioni strumentali, e l'inclusione di una pluralità di voci che spaziano dagli operatori ai pazienti, dai familiari agli insegnanti, dai giovani agli anziani. Siamo consapevoli che adeguati livelli di formazione e supporto organizzativo possono essere difficilmente disponibili nei contesti ad alta pressione istituzionale. Nel rispetto dell'*ethos* del PTM, tuttavia, riteniamo che questo processo possa partire dal basso anche attraverso forme di auto-organizzazione e a livello del singolo servizio, per espandersi a macchia d'olio attraverso il dialogo e la collaborazione.

## Conclusioni

Con il suo sguardo complesso sulle dinamiche sociali e offrendo lenti flessibili per cogliere l'articolarsi delle espressioni di malessere nei contesti di vita, il PTM può costituire una risorsa preziosa. Oltre a offrire una cornice per la comprensione e l'intervento che mette al centro i temi del potere e dell'adattamento, il PTM consente di superare l'illusione della neutralità della clinica. La presunzione diffusa che i dispositivi clinici possano godere di uno "stato di assenza di gravità sociologica" è stata da tempo denunciata, ad esempio da Castel con il suo concetto di "Psicanalismo" (Castel *et al.*, 1975), recentemente esteso in maniera più generale alla psicoterapia grazie al costruito di "Psicoterapismo" (Bessone, 2023; Bessone *et al.*, 2022), o dalle prospettive psicopolitiche e di psicologia critica (Bessone *et al.*, 2024; Prilleltensky, 2008). Tale presunta neutralità, nella pratica, scotomizza le disuguaglianze sociali e il loro ruolo nella produzione del malessere, amplificando le modalità attraverso cui i dispositivi clinici possono riprodurre aspetti iniqui dell'ordine sociale contribuendo a processi iatrogeni. In questo senso, il PTM non si limita ad introdurre una visione politica *nella* clinica ma suggerisce una valenza politica *della* clinica stessa, in quanto dispositivo di sapere-potere. Questa viene riconosciuta come dispositivo dotato di una relazione costitutiva con l'organizzazione sociale da cui deriva e che riproduce. Così, l'insieme di pratiche e teorie cliniche non è mai separabile dalla loro *funzione sociale*. Il PTM introduce una tensione tesa a trasformare proprio tale funzione sociale della clinica, denunciando una funzione tendenzialmente conservatrice e oppressiva, da sovvertire dialetticamente, in maniera analoga al rovesciamento basagliano. Se la prescrizione vigente per i setting clinici è separare psicologia e politica, personale e politico, il PTM opera in direzione opposta riconnettendo queste due dimensioni in modo strutturale, sottolineandone l'intima relazione. Il PTM ricostituisce il portato politico dell'azione clinica, inteso come potenziale nel rafforzare o trasformare alcuni aspetti degli assetti sociali in cui opera e di cui è parte e manifestazione. Del resto, già Freud rimarcava la necessità di riconoscere il ruolo degli aspetti oppressivi della società nello strutturare la sofferenza psichica, auspicandone il cambiamento, come testimonia ad esempio l'aneddoto del cavallo in chiusura delle *Cinque Conferenze* (Freud & Staude, 2007).

In questa prospettiva, il PTM rappresenta uno strumento pratico per quelle organizzazioni che si occupano di salute fondandosi su precise coordinate politiche e consapevoli del proprio ruolo sociale, cercando una sintesi tra promozione di salute e giustizia sociale (Labonté & Laverack, 2008; Powers & Faden, 2006). È possibile che tali organizzazioni faticino a trovare modelli clinici coerenti con la loro visione etica. In questo senso, per quanto passibile di migliorie, il PTM fornisce un'alternativa concreta: superando le classiche dicotomie corpo-mente, individuo-società, privato-pubblico, offre un atlante

concettuale e metodologico per affrontare non tanto squilibri chimici e conflitti pulsionali, ma squilibri di potere e conflitti sociali. La possibilità di adozione che qui ne suggeriamo ne considera i benefici soprattutto in termini di una maggiore armonizzazione tra componente clinica e livello organizzativo con le proprie coordinate politiche, di cui questa è solo una parte, fungendo da collante tra teoria, pratica e mission.

Questo può valere, ad esempio, per gli ambulatori sociali o “*Social Clinics*” (Da Mosto *et al.*, 2023), o per le realtà che provano a incarnare una “psicoterapia d’ispirazione sociale” (D’Elia, 2024) e attenta al contesto, come la Rete di Psicoterapia Sociale.<sup>3</sup> Queste pratiche innovative incarnano nel contesto attuale l’eredità di esperienze, come quelle delle *Free Clinics* (Danto, 2005), in cui cambiamento individuale e collettivo erano considerati, come crediamo che sia, reciprocamente inscindibili e parte di un più alto impegno per il bene comune.

#### BIBLIOGRAFIA

- Atkinson, T. M., Nathan, L., & Sukhera, J. I. (2025). The Power Threat Meaning Framework: A Socially Conscious Shift in the Conceptualization of Mental and Physical Health. *Journal of Prevention and Health Promotion*, 6(4), 591-615.
- Batstra, L., & Frances, A. (2025). Diagnosing the context is as important as diagnosing the individual. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1698878.
- Bessone, M. (2023). Lo Psicoterapismo: psicoterapia e disuguaglianze tra mercato e diritti. *Medicina Democratica. Movimento di Lotta per la Salute*, 253-254, 67-76.
- Bessone, M., Bianco, F. L., & D’Amico, G. (2024). Transforming clinical psychology: An ecological and psychopolitical perspective. An Italian and global case. *Rivista di Psicologia Clinica-Open Access*, 1.
- Bessone, M., Sassoon, M., & Lioy, M. (2022). *Dallo Psicanalismo allo Psicoterapismo: Per una politica della clinica e una psicoterapia critica*. Ed. Radio 32.
- Bodfield, K. S., & Culshaw, A. (2024). Applying the power threat meaning framework to the UK education system. *Pastoral Care in Education*, 43(4), 636-655.
- Bortolotti, L. (2025). *Epistemic Justice in Mental Healthcare: Recognising Agency and Promoting Virtues Across the Life Span*. Springer Nature.
- Bottaccioli, F., & Bottaccioli, A. G. (2024). La rivoluzione in psicologia e psichiatria. Edra.
- Boyle, M. (2020). Power in the Power Threat Meaning Framework. *Journal of Constructivist Psychology*, 35(1), 27-40.
- Brett, A., Bodfield, K., Culshaw, A., & Johnson, B. (2024). Exploring LGBTQ+ teacher professional identity through the power threat meaning framework. *British Educational Research Journal*, 50(6), 2920-2936.
- Castel, R., Basaglia, F., Fontana, L., & Basaglia, F. O. (1975). *Lo psicanalismo: psicanalisi e potere*. G. Einaudi.
- Community, S. R. (2022). Using the power threat meaning framework in a self-help group of people with experience of mental and emotional distress. *Journal of Constructivist Psychology*, 35(1), 7-15.

---

<sup>3</sup> Si veda la proposta di Fabio Vanni: <https://progettosum.org/wp-content/uploads/2025/06/Relazione-Vanni-24.5.25.pdf>.

- Cromby, J. (2022). Meaning in the Power Threat Meaning Framework. *Journal of Constructivist Psychology*, 35(1), 41-53.
- Da Mosto, D., Vallerani, S., Kokkinidis, G., Checchi, M., Giaimo, S., Adami, E., & Mammana, L. (2023). Building communities of health: the experience of European social clinics. *Community Development Journal*, 58(4), 595-613.
- Danto, E. A. (2005). *Freud's free clinics: Psychoanalysis & social justice, 1918-1938*. Columbia University Press.
- De Vos, J. (2012). *Psychologisation in times of globalisation*. Routledge.
- Devenney, R. (2021). *Exploring perspectives of school refusal in second-level education in Ireland*. National University of Ireland, Maynooth (Ireland).
- Farmer, P. (1996). On suffering and structural violence: A view from below. *Daedalus*, 125(1), 261-283.
- Foucault, M. (1969). *La nascita della clinica*. Einaudi.
- Freud, S., & Staude, A. T. (2007). *Cinque conferenze sulla psicoanalisi: 1909*. Bollati Boringhieri.
- Fricker, M. (2007). *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. Oxford University Press.
- Gallagher, O., Regan, E. E., & O'Reilly, G. (2024). The power threat meaning framework 5 years on - A scoping review of the emergent empirical literature. *British Journal of Psychology*, 115(3), 555-576.
- Gallagher, O., Regan, E. E., & O'Reilly, G. (2025). 'I've lived and bred violence my whole life': understanding violence in the Irish Prison Service through the lens of the power threat meaning framework. *Psychology, Crime & Law*, 31(2), 178-206.
- Harper, D. J. (2023). De-medicalising public mental health with the Power Threat Meaning Framework. *Perspectives in Public Health*, 143(3), 151-155.
- Johnstone, L. & Boyle, M., Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. & Read, J. (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis*. Leicester: British Psychological Society.
- Johnstone, L. (2022). General Patterns in the Power Threat Meaning Framework – Principles and Practice. *Journal of Constructivist Psychology*, 35(1), 16-26.
- Johnstone, L., & Boyle, M. (2018). The Power Threat Meaning Framework: An Alternative Nondiagnostic Conceptual System. *Journal of Humanistic Psychology*, 65(4), 800-817.
- Kleinman, A. (2019). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. In *Management of Healthcare* (pp. 3-11). Routledge.
- Labonté, R., & Laverack, G. (2008). *Health promotion in action: from local to global empowerment*. Springer.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104.
- Marmot, M. (2013). Fair society, healthy lives. *Fair society, healthy lives*, 1-74.
- McCall, L. (2005). The complexity of intersectionality. *Signs: Journal of women in culture and society*, 30(3), 1771-1800.
- Morgan, A. (2023). Power, threat, meaning framework: A philosophical critique. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 30(1), 53-67.
- Nichter, M. (1981). Idioms of distress: Alternatives in the expression of psychosocial distress: A case study from South India. *Culture, medicine and psychiatry*, 5(4), 379-408.
- Nikopaschos, F., Burrell, G., Clark, J., & Salgueiro, A. (2023). Trauma-informed care on mental health wards: the impact of power threat meaning framework team formulation and psychological stabilisation on self-harm and restrictive interventions. *Frontiers in Psychology*, 14, 1145100.
- Paradiso, J., & Quinlan, E. (2021). Mental Health Caregivers' Experiences From the Perspective of the Power Threat Meaning Framework. *Journal of Humanistic Psychology*, 65(4), 837-856.

- Pilgrim, D. (2022). A critical realist reflection on the power threat meaning framework. *Journal of Constructivist Psychology*, 35(1), 83-95.
- Powers, M., & Faden, R. R. (2006). *Social justice: The moral foundations of public health and health policy*. Oxford University Press, USA.
- Prilleltensky, I. (2008). The role of power in wellness, oppression, and liberation: The promise of psychopolitical validity. *Journal of community psychology*, 36(2), 116-136.
- Rashed, M. A. (2023). The ‘Power Threat Meaning Framework’: Yet Another Master Narrative? *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 30(1), 69-72.
- Read, J., & Harper, D. J. (2022). The power threat meaning framework: Addressing adversity, challenging prejudice and stigma, and transforming services. *Journal of Constructivist Psychology*, 35(1), 54-67.
- Reis, M., Dinelli, S., & Elias, L. (2019). Surviving prison: Using the Power Threat Meaning Framework to explore the impact of long-term imprisonment. *Clinical Psychology Forum*, 313.
- Rose, D. (2017). Service user/survivor-led research in mental health: epistemological possibilities. *Disability & society*, 32(6), 773-789.
- Rose, D., & Kalathil, J. (2019). Power, privilege and knowledge: the untenable promise of co-production in mental “health”. *Frontiers in Sociology*, 4, 57.
- Singer, M., & Clair, S. (2003). Syndemics and public health: Reconceptualizing disease in bio-social context. *Medical anthropology quarterly*, 17(4), 423-441.
- Smith, L. T. (2021). *Decolonizing methodologies: Research and indigenous peoples*. Bloomsbury Publishing.
- Soklaridis, S., Harris, H., Shier, R., Rovet, J., Black, G., Bellissimo, G., Gruszecki, S., Lin, E., & Di Giandomenico, A. (2024). A balancing act: navigating the nuances of co-production in mental health research. *Research Involvement and Engagement*, 10(1), 30.
- WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2014). *Social determinants of mental health*. Geneva: World Health Organization.
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2020). *The inner level: How more equal societies reduce stress, restore sanity and improve everyone’s well-being*. Penguin.
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2009). *The spirit level: Why more equal societies almost always do better* (Vol. 6). Allen Lane London.

---

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Riconoscimenti: si ringraziano le colleghe e i colleghi di “Sportello TiAscolto”.

Ricevuto: 29 dicembre 2025.

Accettato: 6 marzo 2026.

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

©Copyright: the Author(s), 2026  
Licensee PAGEPress, Italy  
*Ricerca Psicoanalitica* 2026; XXXVII:xxx  
doi:10.4081/rp.2026.xxx

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