

Intervista a Mario Rossi Monti

Laura Corbelli*

Laura Corbelli: Ringrazio personalmente il professor Mario Rossi Monti per aver accettato questa chiacchierata in occasione del Corso Base di Psicopatologia Fenomenologica (Firenze, 2025). Mario Rossi Monti è professore emerito di Psicologia clinica presso l'Università di Urbino e socio fondatore e docente della Scuola di Psicoterapia Fenomenologico-Dinamica di Firenze. Grazie per aver accettato il nostro invito.

Incontrandola in questa occasione, in una giornata dedicata in particolare alla psicopatologia dell'istantaneità, le chiederei subito cosa si intende con questo termine e perché è oggi rilevante.

Mario Rossi Monti: Il tema dell'istantaneità rimanda al tentativo di dare conto delle nuove forme della sofferenza mentale avendo presenti alcuni dei grandi mutamenti in corso nella nostra epoca. La chiave dell'istantaneità, cioè il cambiamento della temporalità vissuta nelle nostre società, è probabilmente uno dei fattori che gioca un ruolo di primaria importanza anche nell'espressione clinica delle nuove forme di sofferenza mentale. Di fronte a queste ultime le vecchie categorie nosografiche, con cui la mia generazione si è formata, hanno rivelato la loro insufficienza. Una parte importante della sofferenza mentale viene oggi ricondotta a quella che potremmo genericamente chiamare area borderline, cercando di riunire nella stessa area sia la psicopatologia descrittiva (disturbo borderline di personalità) sia la psicopatologia strutturale (organizzazione borderline di personalità). All'interno di questa area si incontra un vasto insieme di fenomeni clinici, anche molto eterogeni tra loro, dei quali è difficile dare conto in termini clinico-teorico-nosografici. Una chiave di lettura molto enfatizzata negli ultimi anni consiste nel ricondurre queste forme di patologia ai cambiamenti socioculturali, sulla scia di quanto si è sostenuto anche in passato, quando ad esempio si è cercato (in maniera infruttuosa) di istituire un legame di causa-effetto tra organizzazione capitalista

*Psicologa, Psicoanalista, Docente della Scuola di Psicoanalisi della Relazione (SIPRe), Parma; Direttrice della rivista *Ricerca Psicoanalitica*, Italia. E-mail: laurac@omniway.sm

della società e patologia schizofrenica. Oggi molti ritengono che la diffusione della patologia borderline di personalità sia il prodotto di quella che viene definita una “società borderline”. Tuttavia il legame tra le forme della clinica contemporanea e l’organizzazione sociopolitica è un legame straordinariamente complesso che non può essere risolto applicando una diagnosi clinica alla società in cui viviamo. In primo luogo, mi chiedo, è legittimo “fare diagnosi” di società? Freud era molto cauto su questo punto. Oggi di quella cautela non è rimasta traccia. Le diagnosi socio-antropo-cliniche abbondano. Filosofi e sociologi si inseguono nel tentativo di fissare l’essenza delle nostre società in una formula. Per citarne solo alcune: la società liquida, la società dell’immagine, la società dello spettacolo, la società della trasparenza, la società della accelerazione, la società della prestazione, la società del mal-essere. Ma anche, attingendo alla clinica, la società depressiva, la società eccitata, la società maniacale, la società borderline, la società psicopatica, la società bulimica. Questa operazione, che prende le mosse dal famoso libro di Christopher Lasch sulla società narcisistica della fine degli anni ’70, insegue il tentativo di connotare l’essenza delle nostre società sulla base di termini clinici dando per scontato che la posizione del clinico sia una posizione privilegiata che consente di generalizzare ciò che osserva nel setting. Una posizione che mi è sempre sembrata un po’ presuntuosa, oltre che ingenua. Inoltre mi chiedo quanto questa operazione sia fruttuosa per la clinica. Se Freud si fosse limitato a dire che l’isteria era la manifestazione della crisi della cultura borghese di fine Ottocento, saremmo probabilmente ancora fermi all’isteria di Charcot e avremmo perso l’occasione di sviluppare un pensiero originale di straordinaria utilità clinica e terapeutica. Oggi forse questa occasione va costruita rispetto alle nuove forme di sofferenza mentale che ci interrogano e rispetto alle quali siamo quanto meno disorientati.

LC: Nel titolo del suo intervento di oggi, *Borderland e dintorni*, lei ha usato un’espressione particolare: la presa in “scarico” del paziente. Perché si tratta di pazienti che mettono in difficoltà anche i servizi e gli operatori. Ci dice due parole su questo?

MRM: La clinica borderline si esprime essenzialmente nella relazione. In realtà questo vale in qualche misura per tutte le forme di sofferenza mentale, ma nel borderline è particolarmente evidente. Un melanconico vive chiuso nel suo mondo, spesso medita il suicidio (che oggi tutti chiamano in maniera ipocrita “comportamento anticonservativo”). È prigioniero di un modo di essere nel mondo che depotenzia quasi del tutto la relazione. Lo stesso vale, in altra forma, per la schizofrenia, soprattutto nelle forme paucisintomatiche descritte da Blankenburg. La clinica borderline, invece, è una clinica straordinariamente interattiva. Il terapeuta, l’operatore, lo psichiatra, lo psicologo, l’educatore vengono afferrati dal paziente e tirati den-

tro una relazione che non esiterei a definire traumatica anche per l'operatore, che si confronta con emozioni violente. Emozioni del paziente ma anche (e forse soprattutto) emozioni proprie.

Con i pazienti borderline abbiamo dovuto imparare a lavorare pur essendo coinvolti in stati emotivi che non rientrano tra quelli tradizionalmente considerati caratteristici di un assetto terapeutico. Da questo punto di vista il pionieristico contributo di Winnicott su *L'odio nel controtrasfert* (1947) si è rivelato estremamente prezioso. Mi ha sempre colpito una frase di Peter Fonagy secondo il quale non è possibile essere borderline da soli. Riprendendo la celebre affermazione che Winnicott faceva rispetto al neonato umano che non può esistere da solo, Fonagy sostiene che non esiste un borderline da solo. Per essere borderline occorre una relazione che diventi il palcoscenico sul quale drammatizzare una clinica che ingaggia pesantemente l'altro.

LC: Questo introduce inevitabilmente il tema della diagnosi. Viviamo tempi attraversati da eventi intensi, dal Covid alle guerre, alle migrazioni. In che modo la diagnosi attraversa questo momento?

MRM: La diagnosi è un capitolo vastissimo. Io sono favorevole a parlare di diagnosi al plurale. La diagnosi nosografica è importante, anzi ineludibile, ma è solo una parte del lavoro. Forse addirittura la parte minore. Un punto di arrivo ma anche e soprattutto un punto di partenza per un lavoro terapeutico successivo che va oltre la diagnosi stessa. È sempre un'ipotesi provvisoria. Jaspers diceva che ogni diagnosi deve rimanere un tormento per il clinico. Non un dato di fatto acquisito una volta per tutte. In questo senso la diagnosi forse va intesa più come verbo o processo che come nome: è più utile il "diagnosticare" che non la diagnosi in sé. Oggi ci confrontiamo spesso con situazioni difficili da definire con le diagnosi tradizionali. Questo può rappresentare un'opportunità, perché possiamo incontrare persone che soffrono intensamente senza avere ancora "formattato" la loro sofferenza in un disturbo strutturato codificato dalla clinica. In questo senso il lavoro degli psicoterapeuti si è aperto a ventaglio su una serie di casi pre-clinici, forme in evoluzione, variabili nel tempo. Chi aveva imparato a lavorare con pazienti adolescenti, dove questo insieme di condizioni si è sempre realizzato, oggi può trarre grande profitto da questo tipo di esperienza.

LC: Questo implica un lavoro di senso distribuito nel tempo.

MRM: Certamente. Le prese in carico a lungo termine consentono di ritrovare un percorso di senso anche dove inizialmente brancoliamo nel buio. Anche se è sempre più difficile darsi il tempo di comprendere ciò che sta accadendo e di inscrivere nei tempi necessari un percorso di cambiamento.

LC: Quale tematica ritiene sia urgente per i giovani clinici oggi?

MRM: Direi la vergogna. È un'emozione ricorsiva, difficile da maneggiare. Il semplice nominare la vergogna la suscita. È prevalentemente corporea e spesso viene trasformata in colpa. Della colpa si può parlare, della vergogna è più difficile. È un tema delicato. È sempre molto difficile trovare il modo di fare accedere questa condizione emotiva alla parola.

LC: Visto il suo lavoro su colpa e vergogna, le chiedo come il pensiero possa oggi informare la clinica.

MRM: Facendo entrare in crisi i paradigmi di riferimento. La clinica evolve. Anche la nosografia è un corpo di conoscenze vivente. Cambia nel tempo. Il pensiero clinico deve cogliere l'aspetto creativo e funzionale del sintomo. Oggi una tendenza pericolosa è quella di occultare la complessità dietro una moltiplicazione di etichette para-diagnostiche. Termini come "patologie esternalizzanti", "comportamenti disfunzionali", comportamenti anticonservativi, ma anche *mobbing*, *stalking*, bullismo e cyberbullismo, *burnout*, *hikikomori*, eco-ansia, dipendenza affettiva, shopping compulsivo, descrivono una gamma di fenomeni nuovi e meno nuovi dal punto di vista di un osservatore terzo. Non si tiene conto della prospettiva che la psicopatologia fenomenologico-dinamica ha sempre privilegiato: quella in prima persona. Si capisce bene che per il senso comune l'autolesionismo borderline è un comportamento "disfunzionale", ma in una prospettiva terapeutica devo pormi come clinico nella posizione di chi invece ne postula una qualche "funzionalità" nell'economia del soggetto: se riusciremo a stare sul tema e ad approfondirlo, molto probabilmente ne troveremo un senso.

LC: Quali sono stati i suoi riferimenti principali?

MRM: Mi piace l'immagine della "famiglia interiore". Dialogare con i Maestri che ho incontrato o con gli autori che ho conosciuto grazie ai loro scritti mentre dialogo con il paziente. Per citarne solo alcuni: Jaspers, Minkowski, Winnicott, Bollas, Ogden. Autori che tengono insieme pensiero e clinica.

LC: Un libro da consigliare ai giovani clinici?

MRM: *L'Io diviso* di Ronald Laing. Un libro coinvolgente, vicino all'esperienza clinica. Per fare questo lavoro bisogna coinvolgersi. Il problema non è se coinvolgersi o non coinvolgersi (come viene spesso insegnato erroneamente di fare ai giovani allievi), ma come farlo.

BIBLIOGRAFIA

Laing, R. D. (1960). *L'io diviso* (trad. it.). Torino: Einaudi.

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 17 febbraio 2026.

Accettato: 23 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:1162

doi:10.4081/rp.2026.1162

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.